附件3

慈利县卫健系统公开招聘专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 岗位职位代码： 招聘单位： 招聘岗位名称： | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | | | | 民 族 |  | | 相片 |
| 出生年月 | |  | 政治面貌 | |  | | | | 学历学位 |  | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | | 所学专业 |  | |
| 职称、执(职)业资格 | | | |  | | | | | 取得时间 |  | |
| 户 籍  所在地 | |  | | 婚姻状况 |  | | | | 档案保  管单位 |  | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | 有何特长 |  | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | 邮政编码 |  | |
| 联系电话 | | 手机： | | | | | E-mail | | |  | | |
| 固定电话： | | | | |
| 简 历 | |  | | | | | | | | | | |
| 与应聘岗  位相关的  实践经历或取得的成 绩 | |  | | | | | | | | | | |
| 应  聘  人  员  承  诺 | 本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。  应聘人签名：  年 月 日 | | | | | 资  格  审  查  意  见 | | 经审查，符合应聘资格条件。  审查人签名：      招聘单位主管部门(章)  年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | |