武义县卫健系统下属医疗卫生单位2024年校园招聘报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |
| 性 别 |  | 户籍所在地 |  | 出生年月 |  年 月 |
| 政治面貌 |  | 学 历 |  | 报考单位及岗位 |  |
| 大学阶段信息 | 何年何月何校何专业学习 |  |
| 担任职务 |  |
| 曾获荣誉 |  |
| 现家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历 | （个人简历包括教育经历和工作经历，教育经历从高中填起） |
| 承诺栏 | 本人符合本次招聘规定的条件，所提供的原件、复印件资料和报名表填写的信息全部真实，若有虚假，后果自负。承诺人签名： 年 月 日 | （照片） |
|  审核 意见 |  审核人签名： 年 月 日 |

注：此表由毕业生本人如实填写。