附件

林芝市巴宜区人民医院公开招聘人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 民族 |   | 籍贯 |   | 一寸免冠彩色同底证件照片 |
| 出生年月 |   | 政治面貌 |   | 身份证号码 |   |
| 户籍所在地 |  | 联系电话 |  |
| 最高学历（不含函授） |   | 毕业院校、专业 |  | 毕业时间 |   |
| 资格证类别 |  | 取得时间 |  |
| 原工作单位 |  | 原工作岗位 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 个人简历 |  |
| 家庭成员 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人承诺 | 本人所填情况全部属实,如有虚假,自动取消聘用资格。承诺人：年 月 日 |
| 巴宜区人民医院资格审查意见： 审核人： 日期：  |