附件

景谷傣族彝族自治县威远镇卫生院考生报名信息登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | | 民族 |  | | **近期免冠大一寸蓝底 证件照** |
| 身份证号码 |  | | | | | 出生日期 |  | |
| 户籍所在地 |  | | | 现居住地 | |  | | |
| 毕业  院校 |  | | | 所学专业 | |  | | |
| 毕业时间 | |  | | 学历学位 | |  | | |
| 政治面貌 | |  | | | | | 首次参加工作时间 |  | |
| 工作单位 | |  | | | | | 工作年限 |  | |
| 专业技术资格 | |  | | | | | 是否在编 |  | |
| 电话号码 | |  | | | | | 电子邮箱 |  | |
| 是否满足该职位要求的其他报考条件 | | | | |  | | | | |
| 主要简历 | |  | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
| 其他说明 | |  | | | | | | | |
| 报考信息确认栏 | | 本人承诺：上述填写内容和提供的有关材料依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。   考生签名： 年 月 日 | | | | | | | |
| 审查意见 | | 审查人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | |

报考岗位： 填表时间： 年 月