东台市中医院2024年

公开招聘合同制工作人员报名表

序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | | 出生  年月 | |  | 贴电子照片处 |
| 户 口  所在地 |  | 学历 |  | | | 有无  学位 | |  |
| 毕业学校及 专 业 |  | | 报考岗位及序号 | | | | |  |
| 电子邮箱 |  | | 身份证号码 | | | | |  | |
| 家庭住址 |  | | 手机号码  (确保通讯畅通) | | | | |  | |
| 提供  PDF文件  资料  情况 | 身份证 | | □（提供请打钩） | | | | | | |
| 毕业证书 | | □（提供请打钩）、编号: | | | | | | |
| 执业资格证书 | | □（提供请打钩）、编号: | | | | | | |
| 职称证书 | | □（提供请打钩） | | | | | | |
| 与报考科室之间是否存在亲属回避关系 | | | | | 是□ 否□ | | | | |
| 报考人员  承诺签名 | 本人已仔细阅读招聘公告、岗位表等相关资料，承诺所填写的个人信息和所提供的资料真实准确，并符合招聘岗位的要求。如果由于填写个人信息或提供资料不准确、不真实而导致不能正常参加考试或取消聘用资格等情况，则由本人承担全部责任。  承诺人（手工签名）： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 资格审查  意 见 | 审查人：  年 月 日 | | | 医院纪委、监察审核意见 | | | 审核人：  年 月 日 | | |