寿光市纪台中心卫生院公开招聘工作人员报名登记表

 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |   | 照片 |
| 政 治面 貌 |  | 籍贯 |  | 健康情况 |  |
| 毕 业院 校 |  | 专业及研究方向 |  |
| 学 历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 家 庭住 址 |  | 联系电话 |  |
| 工 作单 位 |  | 身份证号码 |  |
| 招 聘单 位 |  | 岗位名称 |  | 岗位性质 |  |
| 学 习（工作）简 历 |  |
| 诚 信承诺书 | 我已经仔细阅读了《xx卫生院公开招聘工作人员公告》，保证所填写的信息准确、真实。考试时严守考场纪律，熟知“应考人员违纪处理规定”，对由于自身原因报错个人信息而不能正常参加考试或提供相关信息证件不实以及违反有关纪律规定造成的后果，本人自愿承担相应责任。 本人签字： 年 月 日 |

注：1、本表一式二份；2、学习（工作）简历须从大专（大学）简历开始填写；3、报考专业（岗位）一经确定，不能更改。

审查人签名：