|  |
| --- |
| **神木县基层医疗卫生专业技术人员招聘报名登记表** |
| 报名序号 |  | 应聘岗位 |  | 照片（现场采集） |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 性别 |  | 民族 |  | 联系电话 |  |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | 户籍所在地 |  |
| 婚姻状况 |  | 通讯地址 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓名 | 与本人关系 | 工作单位 | 职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 学历及职称情况 | 学历(第一学历) |  | 专业名称 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业证编号 |  |
| 最高职称 |  | 编号 |  |
| 学习简历 |  （从中学学习经历开始填写） |
| 社会工作简历 |  |
| 本人承诺 |  本人上述填写内容准确无误，所提交的证件和照片真实有效，如有不实，同意取消招聘资格。  应聘人（现场报名签字）： 年 月 日 |
| 审核意见 |  |
| 注：1.每人只能填报一个岗位 2.籍贯指本人出生时户口所在地、户籍所在地指现在户口所在地 3.政治面貌：党员，非党员 4.家庭成员及主要社会关系：未婚填写父母、兄弟姐妹，已婚填写配偶子女 5.完善电子报名表后A4纸打印二份 6.报名序号不填，照片报名当天现场采集，现场报名签字。 |