**附件一**

**蒙城县中医院2017年公开招聘医学专业技术人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 | |
| 户籍 |  | 政治  面貌 |  | 身份证  号码 |  |
| 民族 |  | | | 婚否 |  |
| 家庭住址 |  | | | 联系电话 |  |
| 是否取得 资格证件 |  | | | 报考岗位 |  | 岗位  代码 |  |
| 毕业院校 |  | | | 学历 |  | | |
| 毕业时间 |  | | | 所学专业 |  | | |
| 家庭  成员 |  | | | | | | |
| 主要  简历 |  | | | | | | |
| 获奖  情况 |  | | | | | | |
| 审核  意见 | 审核人：年 月 日 | | | | | | |
| 诚信声明：本人确保以上所填内容真实有效。如有不实被取消录用资格，本人愿负全责。  考生签名（手写）：  年 月 日 | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |

**注：1、本表须认真、如实填写。如有弄虚作假，一经查实，取消资格。**