墨脱县卫生系统公开招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | |  | 民族 | |  | 籍贯 | |  |  |
| 出生年月 | |  | | | 政治面貌 | |  | 身份证号码 | |  | | | |
| 户籍所在地 | | |  | | | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 最高学历  （不含函授） | | |  | | | 毕业院校、专业 | | |  | | | | 毕业  时间 |  |
| 资格证类别 | | |  | | | | | | 取得时间 |  | | | | |
| 原工作单位 | | |  | | | | | | | 原工作岗位 | |  | | |
| 奖惩情况 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 特长 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 个人简历 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺 | | | 我承诺以上陈述内容的真实性，如有虚假，我愿意承担一切法律责任。  承承诺人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 招聘单位资格审查意见：    承审核人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |