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 |