附件

景谷傣族彝族自治县威远镇卫生院考生报名信息登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | **近期免冠大一寸蓝底 证件照** |
| 身份证号码 |  | 出生日期 |  |
| 户籍所在地 |  | 现居住地 |  |
| 毕业 院校 |   | 所学专业 |  |
| 毕业时间 |  | 学历学位 |  |
| 政治面貌 |  | 首次参加工作时间 |  |
| 工作单位 |  | 工作年限 |  |
| 专业技术资格 |  | 是否在编 |  |
| 电话号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 是否满足该职位要求的其他报考条件 |  |
| 主要简历  |  |
|
|
|
|
|
|
|
|
| 其他说明 |  |
| 报考信息确认栏 |  本人承诺：上述填写内容和提供的有关材料依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。 考生签名： 年 月 日  |
| 审查意见 |   审查人（签名）： 年 月 日 |

报考岗位： 填表时间： 年 月