附件

**永德县中医医院2024年度招聘工作人员报名登记表**

报考性质： 报考岗位：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片粘贴处 |
| 出生年月 |  | 民族 |  |
| 身份证号 |  |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | 身高 |  |
| 职称资格及取得时间 |  | 联系电话 |  |
| 外语水平 |  | 计算机水平 |  | 最高学历 |  |
| 全日制毕业学校及时间 | 学校： 毕业时间： 年 月 |
| 函授毕业学校及时间 | 学校： 毕业时间： 年 月 |
| 主要学习工作经历 | X年X月—X年X月 毕业学校/工作单位 所学专业 学历 |
|  |
| 个人承诺书 | 本人郑重承诺报名时所提交的各种证件、材料均真实有效，若存在弄虚作假行为，一经查出，不予聘用，已签订劳动合同者将予以解除。  报名者若同意上述条款，请在此**签名：**  |
| 备注 |  |

（内容填写请控制在一页内） 审核人员签字确认：

 日期： 年 月