2024年海安市部分市属公立医疗单位公开招聘编外工作人员报名表

报名编号： 2024年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考单位 |  | | 岗位代码 |  | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 毕业专业 |  | 毕业时间 | 年 月 | 学 位 |  |
| 英语等级 |  | 执业资格 |  | 专业技术资格 |  |
| 身份证号码 | |  | | 职业资格 |  |
| 家庭住址 |  | | | 联系电话 |  |
| 个人简历  （从初中开始填写） |  | | | | |
| **本人承诺以上情况属实，如情况不符，同意不予聘用。**  本人签名： | | | | | |

资格审核意见： 资格复审意见：

照片

粘

贴

处

审核人： 复审人: