附件1

武定县人民医院2023年公开招聘非事业编制工作人员

报 名 表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 近期彩色小一寸正面免冠照 |
| 出生年月 |  | 户籍所在地 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号码 |  |
| 政治面貌 |  | 学 历 |  | 学位 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 毕业时间 |  | 家庭住址 |  |
| 招聘单位 |  | 招聘岗位 |  |
| 个人简历 |  |
| 专业特长 |  |
| 个人承诺 | 表中我所填的各项信息均真实、准确无误。 承诺人：（签字） 年 月 日 |
| 资格审查意见 | 符合岗位招聘条件，资格审查： 资格审查负责人签名： 资格审查成员签名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |