附件

|  |
| --- |
| 施秉县妇幼保健院招聘同工同酬医师报名表 |
|  |
| 姓 名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 | 一寸近期 免冠照片 |
| 民 族 | 　 | 婚姻状况 | 　 | 健康状况 | 　 |
| 政治面貌 | 　 | 文化程度 | 　 | 有何特长 | 　 |
| 身份证号码 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 报考岗位 | 　 | 是否同意岗位调整 | 　 |
| 户口所在地 |  省 县 乡（镇 ） 村 |
| 现居住地 | 　 |
| 学习及工作经历（从高等毕业院校经历填起） |
| 时间 | 工作单位（学校）及职务（专业） |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 本人签字 | 本人承诺以上信息真实有效，如有不实，后果自负。 本人签名： 年 月 日 |
| 注：全日制大学专科毕业人员需提供执业助理医师及以上资格证书复印件或扫描件（政审时需提供原件）。 |