

附件 3

韶关市武江区医疗卫生机构公开招聘报名表

报考单位: 武江区医疗卫生机构 报考岗位名称: 岗位代码: 人员编号:

姓 名		性 别		民 族		贴 相 片
出生年月		籍 贯		政治面貌		
现户籍地	省 市 (县)			婚姻状况		
身份证号码				联系电话		
通讯地址				邮 编		
毕业院校				毕业时间		
所学专业				学历及学位 (注 明全日制/非全日制)		
工作单位 (注明编内/编外)				单位性质		
裸视视力		矫正视力		身高		
专业技术资格 (正高/副高/中级/初级)		职业资格		执业资格		
医疗机构工作情况 及考核结果						
<p>学习、工作经历 (何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职,从中学开始,按时间先后顺序填写)</p> <p>备注: 如有在医疗卫生机构工作经历, 请注明该医疗卫生机构等级及从事的具体工作。</p>						

家庭成员主社关系	姓名	与本人关系	工作单位及职务	户籍所在地
	家庭成员主社关系			
有特及出成绩				
奖 惩 情 况				
应 聘 人 员 承 诺	<p>本人承诺所提供的材料及填写表格的内容真实有效，没有违反计划生育政策，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。</p> <p>应聘人签名：_____年 月 日</p>			
审 核 意 见	<p>符合韶关市武江区医疗卫生机构公开招聘对象第 _____ 条，经审核，同意报名。</p> <p>审核人签名：_____ 审核日期：_____年 月 日</p>			
备 注				

说明： 此表正反双面打印，须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。