安吉县人民医院招聘医务人员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **身份证号** |  | 贴一寸近照 |
| **学 历** |  | **性 别** |  | **政治面貌** |  |
| **所学专业** |  | **参加工作****时 间** |  | **职 称** |  |
| **毕业院校** |  |
| **户籍所在地** |  | **联系电话** |  |
| **现工作单位** |  | **通讯地址** |  |
| **报考单位** |  | **报考岗位** |  |
| **个****人****简****历** |  |
| **本人声明：上述内容填写正确、真实、完整。如有差错，本人愿承担一切责任。** **报名人员签名： 年 月 日** |
| **招聘单位审核意见** | **签名：** **2021年 月 日** | **主管****部门****复核****意见** | **签名：** **2021年 月 日** |