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** | | | |