2020年下半年苍溪县公开引进县城学校校医报名信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 出生年月 |  | | 贴照片处 | |
| 户 籍 |  | | 政 治  面 貌 |  | 身份证号码 |  | |
| 学 历 |  | | 学位 |  | 所学专业 |  | |
| 毕业院校 |  | | | | 是否全日制普通  高等学校毕业 | |  |
| 医师资格情况 | |  | | | | | |
| 毕业时间 | |  | | | 报考岗位 | |  |
| 联系地址 | |  | | | | | 联系电话 |  | |
| 奖惩情况 | |  | | | | | | | |
| 本人履历  (从高中  填起) | 起 止 时 间 | | | | 学习或工作单位 | | | | 学历或职称 |
| 年 月 --　　　年 月 | | | |  | | | |  |
| 年 月 --　　　年 月 | | | |  | | | |  |
| 年 月 --　　　年 月 | | | |  | | | |  |
| 年 月 --　　　年 月 | | | |  | | | |  |
| 年 月 --　　　年 月 | | | |  | | | |  |
| 家庭成 员及主 要社会 关 系 | 姓 名 | | 称 谓 | 年 龄 | 工 作 单 位 | | | | 职务／职业 |
|  | |  |  |  | | | |  |
|  | |  |  |  | | | |  |
|  | |  |  |  | | | |  |
|  | |  |  |  | | | |  |
| 本人承诺：以上信息真实可靠，本人符合并服从本次招聘《公告》的规定，否则责任自负。  考生签名：  年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 初审意见：  审核人：  年 月 日 | | | | | 身份证复印件粘贴处 | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | |