2018年兴文县公开招聘特岗全科医生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **民族** |  | **贴一寸照片处** |
| **出生年月** |  | **政治****面貌** |  | **户籍地** |  |
| **学历** |  | **学位** |  | **婚否** |  |
| **毕业院校** |  | **所学****专业** |  | **毕业****时间** |  |
| **身份证****号码** |  | **家庭****住址** |  |
| **手机****号码** |  | **固定****电话** |  |
| **医师资格证书编码** |  | **发证****时间** |  |
| **报考****单位** |  | **岗位****名称** |  | **是否服从调剂** |  |
| **身****份****证****复****印****件****粘****贴****处** | 此处贴本人身份证正面复印件 |
| **特别提示：**请报考者在缴费后必须将报名资格审查表及材料全部交回资格审查处，否则责任自负。 |
| **个人****简历** |  |
| **家庭****成员****情况** | **姓名** | **关系** | **所在单位** | **职务** |
|  |
| **考** **生****承****诺** | **本人郑重承诺：****我已认真阅读本次所有招聘公告，理解其内容，认可并遵守招聘《公告》解释办法的各项规定和约定。我所填报名信息真实、可靠，所提供证书、证件、证明等报名材料真实有效。****我承诺考试时凭本人准考证和正式有效居民身份证原件参加考试，自觉遵守考场纪律和考试规则，服从考务人员和监考老师安排。****以上承诺如有违反，本人愿承担一切后果并自愿接受有关部门处理。****考生本人签名： 考生委托人签名：****年 月 日 年 月 日** |
| **审****核****意****见** | **初审人签字：****年 月 日** | **复审人签字：****年 月 日** |