**兴文县公开考核招聘2020年特设岗位全科医生报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **民族** |  | **贴一寸照片处** |
| **出生年月** |  | **政治面貌** |  | **籍贯** |  |
| **学历** |  | **学位** |  | **婚姻****状况** |  |
| **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** |  |
| **身****份****证****复****印****件****粘****贴****处** | 此处贴本人身份证正面复印件 |
| **个人****简历** |  |
| **家庭****成员****情况** | **称谓** | **姓名** | **年龄** | **政治面貌** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **考****生****承****诺** | **本人郑重承诺：****我已认真阅读本次招聘公告，理解其内容，认可并遵守招聘公告的各项规定和约定。我所填报的信息真实、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（面试通知书）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：****年月日** |
| **审****核****意****见** | **初审人签字：****年 月 日** | **复审人签字：****年 月 日** |