罗山县2018年补充招聘医疗卫生事业单位工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 籍　贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学　历 |  | 学　位 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号　码 |  | 是否具备加分条件 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 学习及工作简历 |  |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。　　　　报名人（签名）： 2018年11月　日 |
| 资格审查意　见 |  审查人（签名）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 2018年11月　　日 |