附件1：

赫章县人民医院公开招聘合同制人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | （照片） |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 最 高 学 历 |  | 学 位 |  |
| 专 业 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号码 |  | 电话号码 |  |
| 职 称 |  | 从事专业年限 |  |
| 报 考 岗 位 |  | 岗 位 代 码 |  |
| 是否服从岗位调剂 |  |
| 学习工作简历 |  |
| 考生信息确认 | 考生承诺以上信息属实并且已认真核对，若有虚假、遗漏、错误等情况影响报名、聘用的，责任自负。 考生或代报人（手写签名）：  年 月 日 |
| 招聘单位初审意见 | 审核人：  年 月 日 |