|  |
| --- |
| 附件：1牡丹江市卫计委直属事业单位补充招聘高层次和紧缺人才报名登记表 |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 民族 | 　 |
| 出生年月 | 　 | 政治面貌 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 毕业学校 | 　 | 所学专业 | 　 |
| 学历 | 　 | 学位 | 　 | 工作年限 | 　 |
| 专业技能等级证书名称 | 　 | 执业医师证 | 　 |
| 身份证号 | 　 | 户口所在地 | 　 |
| 通讯地址 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 报考单位及岗位 | 　 |
| 本人简历 | 　 |
| 在院期间任职情况 | 　 |
| 综合业绩 | 　 |
|  本人承诺：上述填写内容和提供的相关材料真实有效，符合招聘公告的报考条件。如有不实弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。  报考承诺人（签名）： 年 月 日 |
| 领导小组确认签字 | 　 | 纪检确认签字 | 　 |