附表1

**夏邑县中医院2025年面向社会公开招聘人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | | **民 族** |  | 照 片 |
| **出生年月** |  | **籍 贯** |  | | **政 治 面 貌** |  |
| **专科毕业院校及时间** |  | | | | **所学专业 及学制** |  |
| **本科毕业院校及时间** |  | | | | **所学专业 及学制** |  |
| **硕士毕业院校及时间** |  | | | | **专业及方向** |  |
| **家庭住址** |  | | | | **联系电话** |  | |
| **身份证号** |  | | | **执业资格** |  | **现有职称** |  |
| **外语水平及等级** |  | **求职意向** |  | | **身高（cm）** |  | |
| **有何特长** |  | | | | | | |
| **奖惩情况** |  | | | | | | |
| **本人简历** |  | | | | | | |
| **家庭成员及主要社会 关系** | **姓名** | **与本人关系** | | **工作单位及职务** | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |
| **报名承诺** | **本表所填内容准确无误，所提交的证件和材料真实有效。如有虚假，一经查实，由此产生的一切后果由本人承担。**    报名人签名： | | | | | | |
| **资格审查意见** | 审查人签名： | | | | | | |

**报名序号：**   **日期：** 2025年 月 日

注:1.“报名序号”由工作人员统一填写；2.本表一式三份。