江门市中心医院蓬江分院

（江门市第二人民医院）应聘报名表

**报考职位：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 粘贴近半年红底或蓝底免冠1寸证件照片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 现户籍详细地址 |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 学历及学位 |  |
| 外语水平 |  | 计算机水平 |  |
| 现工作单位 |  | 单位性质 |  |
| 专业技术资格 |  | 执业资格 |  | 职业资格 |  |
| 学习、工作经历（何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从中学开始，按时间先后顺序填写） |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 有何特长及突出业绩 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 本人承诺：以上填写内容以及提交的证明材料真实、可靠。如有虚假或者不真实之处，愿意接受包括取消考试资格、取消考试成绩、解除聘用关系等处理决定。应聘人签名（手签）： 填表日期： 年 月 日 |
| 资格审查意见 | 审核人（签名）： （办公室盖章）主考人（签名）： 日期： 年 月 日 |
| 招聘考试及体检、综合评审情况 | 考评组组长（签名）： （单位盖章）主考人（签名）： 日期： 年 月 日 |
| 单位意见 |  （单位盖章）审批人（签名）： 日期： 年 月 日 |
| 备注 |  |