附件1：

**衡山县2020年卫健系统公开招聘卫生专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |  |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | 照片 |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 毕业学校 |  | 学历 |  | 所学专业 |  |  |
| 毕业时间 |  | 参加工作时间 |  |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 职称、执（职）业资格 |  | 职称、执（职）业资格取得时间 |  |
| 个人学习、工作简历 |  |
| 主要家庭成员 | 称谓 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 工作单位及职务 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 应聘人员承诺 |  本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。 应聘人签名： 　年 月 日  | 资格审查意见 | 经审查符合应聘资格条件。审查人签名：招聘单位盖章： 　年 月 日 |

备注:报名表请用电子打印不能手写（签名除外）