附件3：

**银川市中医医院2024年自主公开招聘所属社区卫生**

**服务机构工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 身份证号 |  | | | | |  |
| 性  别 |  | 出生年月 |  | | 政治  面貌 |  | |
| 民  族 |  | 婚姻状况 |  | | 籍贯 |  | |
| 学历 |  | 学位 |  | | 是否全日制 |  | |
| 毕业院校及专业 |  | | | | | 毕业时间 | |  |
| 现工作单位  及职务 |  | | | | | 身体状况 | |  |
| 家庭详细住址 |  | | | | | | | |
| 现有专业技术资格及取得时间 |  | | | | | | | |
| 报考岗位名称 |  | | 岗位代码 | | |  | | |
| 手 机 |  | | 电子邮箱 | | |  | | |
| 学习、工作经历（从大学开始） |  | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | |
| 家庭主要  成员 | 称 谓 | 姓 名 | 出 生  年 月 | 政 治  面 貌 | | | 工作单位及职务 | |
|  |  |  |  | | |  | |
|  |  |  |  | | |  | |
|  |  |  |  | | |  | |
| 报考人员  承诺 | 本人承诺所填信息全部属实，如有虚假，后果自负 。  签 字：  年 月 日 | | | | | | | |