

东台市卫生计生系统 2018 年公开招聘工作人员报名表

年 月

姓 名			身份证号																	
性 别			学 历				学 位			贴照片处										
毕业院校							毕业时间													
所学专业(以毕业证书为准)						户 籍														
工作单位							职 务													
工作时间				职 称																
政治面貌				民 族																
联系地址				邮 编		移动电话														
						固定电话														
简 历																				
家 庭 主 要 成 员	姓 名	关系		所在单位				职 务		回避关系										
报考单位 名 称							报 考 岗位类别						岗 位 序 号							
与报考单位之间是否存有亲属回避关系							是□ 否□													
报考 人员 承诺 签名	本人已仔细阅读招聘公告、岗位表等相关资料，承诺所填写的个人信息和所提供的资料真实准确，并符合招聘岗位的要求。如果由于填写个人信息或提供资料不准确、不真实而导致不能正常参加笔试、面试或取消聘用资格等情况，则由本人承担全部责任。 承诺人签字： 年 月 日																			
主管部门 审核意见	审核人（签名）： 年 月 日 （盖章）																			
备注																				

2、此表一式 2 份，需贴近期同底版正面免冠照片 3 张。

1