|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件  松桃苗族自治县人民医院  2023年公开招聘合同制康复医生报名表 | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 族别 |  | 籍贯 |  | 照片 |
| 身份证号码 |  | | | 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 学位 | |  | | 毕业时间 |  |
| 毕业院校及专业 |  | | | | | | |
| 户口所在地 |  | | | | | 联系电话 |  | |
| 原工作 单位 |  | | | 资格证 类 别 |  | | 资格认 定时间 |  |
| 个 人 简 历 |  | | | | | | | |
| 报名人 声 明 | 本人按方案和要求，真实、准确填写报名信息和提供相关资料，并对其真实性负责，若有不实或不符合报考职位对象和条件，本人愿承担一切责任。特此承诺。    报名人签名： 年 月 日 | | | | | | | |
| 报名及 资格审 查意见 | 审查人签名： 年 月 日 | | | | | | | |