|  |
| --- |
| 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 |