**信阳市妇幼保健院招聘工作人员报名登记表**

                  填表日期：    年　月  日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓   名 |  | 性  别 | |  | | 出    生  年 月 日 |  | | | 照片 | |
| 籍   贯 |  | 民  族 | |  | | 政治面貌 |  | | |
| 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 |  | | | 参加工作时间 | | |  | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | | | | |
| 专业技术 职称 |  | | | | 取得时间 | | | |  | | |
| 联系电话 |  | | 通讯地址 | |  | | | | | | |
| 学习及工作  简　　历 |  | | | | | | | | | | |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  报名人（签名）：  年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 报考单位 |  | | | | | | | 报考专业 | | |  |
| 资格复审  意　　见 | 审查人（签名）：  年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

注：除审核意见由负责资格审查的工作人员填写外，其它项目均由报考者填写。填写时请使用正楷字体。