附件一

三台县直接考核招聘卫生专业技术人员报名表

报名序号： 2014年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 |  | 民族 | | |  | | 贴近期一吋  彩色免冠  照 片 | |
| 出生年月 |  | | | 身份证号 |  | | | | | |
| 政治面貌 |  | | | 婚 否 |  | 学历 | | |  | |
| 学位 |  | | | 毕业院校 |  | | | | | |
| 专业 |  | | | | 毕业时间 | |  | | | 是否应届 | |  |
| 入学前户籍所在地 | | | 省 市（地）州 区（市）县 镇（乡）街道 | | | | | | | | | |
| 报考单位 | |  | | | | 报考岗位 | | | |  | | |
| 是否在职 | |  | | | | 工作单位 | | | |  | | |
| 联系电话 | |  | | | | 是否服从调剂 | | | |  | | |
| 主要学习经历及获  奖情况 | |  | | | | | | | | | | |
| 本人承诺 | | 本人以上所填内容属实。  考生签名： | | | | | | | | | | |
| 招聘单位初审意见 | |  | | | | 主管部门  审查意见 | |  | | | | |
| 县人社局审查意见 | |  | | | | | | | | | | |

说明：1、考生须如实准确填写。2、学习经历从高中阶段填起。3、报考单位：县人民医院、县中医院、县妇幼保健院、县精神病院；4、报考岗位：医、技专业技术岗位。