**宜宾市第一人民医院**

**考核招聘高层次医学人才报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |  |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 学 历 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 婚 否 |  |
| 家庭住址 |  | 身 高 |  |
| 现工作单 位 |  | 参 加 工作 时 间 |  |
| 执业资格 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 个人简历 |  |
| 家庭成员情况及主要社会关系 | 姓 名 | 关 系 | 所在单位 | 职务 |
|  |  |  |  |
| 本人承诺 |  我已仔细阅读本次招聘公告，理解其内容，我郑重承诺：所提供的个人证书、证件、证明等报名信息和材料属实，如有弄虚作假，本人自愿承担相应的责任。 签 名： |