附件3：

张家界市人民医院公开招聘人员报名表

|  |
| --- |
| 应聘岗位名称：                                   报名序号： |
| 姓   名 |   | 性   别 |   | 民   族 |   | 相片 |
| 出生年月 |   | 政治面貌 |   | 学历学位 |   |   |
| 毕业院校 |   | 所学专业 |   |   |
| 职称、执（职）业资格 |   | 取得时间 |   |   |
| 规培基地及专业 |   | 取得时间 |   |   |
| 户  籍所在地 |   | 婚姻状况 |   | 档案保管单位 |   |   |
| 身份证号 |   | 有何特长 |   |
| 通讯地址 |   | 邮政编码 |   |
| 联系电话 | 手机： | E-mail |   |
| 固定电话： |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 简  历 |   |
| 与应聘岗位相关的实践经历或取得的成    绩 |   |
| 应聘人员承诺 |  本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。应聘人签名：年  月  日 | 资格审查意见 |  经审查，符合应聘资格条件。 审查人签名：         招聘单位主管部门（章）年   月  日 |
| 备注 |   |

说明：1.报名序号由招聘单位填写；2.如有其他学术成果或课题及需要说明的情况可另附。