附件：

**甘孜州人民医院招聘人员报名信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | |  | | **性别** | |  | **民族** | |  | | **照**  **片** |
| **出生地** | |  | | **户籍所在地** | |  | | | | |
| **毕业院校** | | |  | | | | | | | |
| **所学专业**  **毕业时间** | | |  | | | **学历**  **学位** | |  | | |
| **资格证** | | |  | | | **取得资格时间** | | | |  | |
| **身份证号码** | | | |  | | | | | | | |
| **应聘岗位** | | | |  | | | | | | | |
| **愿否调配** | | | |  | | | | | | | |
| **联系地址** | | | |  | | | | | | | |
| **联系电话** | | | | **移动** |  | | | **其他号码** | | |  |
| **个**  **人**  **简**  **历** |  | | | | | | | | | | |
| **个**  **人**  **承**  **诺** | 1. **1、上述填写内容如有不实本人愿承担一切责任。**   **2、本人自愿到甘孜州人民医院 （岗位）工作。如有违约，一切后果自负。**      **承诺人签名：**    **年　　月　　日** | | | | | | | | | | |
| **考核招聘组**  **签章** | | | | **招聘小组意见：**    **招聘小组签字：**  **监督员签名：**  **年　　月　　日** | | | | | | | |
| **甘孜州人民医院签章** | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |

备注：此表一式两份份。由应聘者自行下载填写，A4纸双面打印。