**附件一**

**蒙城县中医院2017年公开招聘医学专业技术人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 户籍 |  | 政治面貌 |  | 身份证号码 |  |
| 民族 |  | 婚否 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 是否取得资格证件 |  | 报考岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 毕业院校 |  | 学历 |  |
| 毕业时间 |  | 所学专业 |  |
| 家庭成员 |  |
| 主要简历 |  |
| 获奖情况 |  |
| 审核意见 | 审核人：年 月 日 |
| 诚信声明：本人确保以上所填内容真实有效。如有不实被取消录用资格，本人愿负全责。考生签名（手写）：  年 月 日 |
| 备注 |  |

**注：1、本表须认真、如实填写。如有弄虚作假，一经查实，取消资格。**