|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **湛江市第三人民医院应聘报名表** | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | 应聘岗位： | |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 出生日期 |  | 相 片 |
| 民族 |  | 籍贯 | |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 学位 | |  | 专业 |  |
| 职称 |  | 健康状况 | |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号码 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 居住地址 |  | | | | | | |
| 教育经历  （从高中或中专填起，包括国外教育经历） | 起止日期 | | 毕业学校 | | | 专业 | 学历 |
|  | |  | | |  |  |
|  | |  | | |  |  |
|  | |  | | |  |  |
|  | |  | | |  |  |
|  | |  | | |  |  |
| 工作简历 | 起止日期 | | 工作单位 | | | | 职务 |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
| 家庭成员 | 称谓 | 姓名 | 工作单位或住址 | | | | 联系电话 |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
| 本人声明 | 上述情况填写内容真实有效。如有不实，本人愿意承担取消报名资格和一切责任。 | | | | | | |
| 签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 初审 | 签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 复审 | 签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |