附件3

韶关市武江区医疗卫生机构面向疫情防控一线医务人员专项招聘报名表

报考单位：武江区医疗卫生机构 人员编号:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 贴相片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 现户籍地 |  省 市（县） | 婚姻状况 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 学历及学位（注明全日制/非全日制） |  |
| 工作单位 |  | 单位性质 |  |
| 裸视视力 |  | 矫正视力 |  | 身高 |  |
| 专业技术资格（正高/副高/中级/初级） |  | 职业资格 |  | 执业资格 |  |
| 医疗机构工作情况及考核结果 |  |
| 学习、工作经历（何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从中学开始，按时间先后顺序填写） | 备注：如有在医疗卫生机构工作经历，请注明在该医疗卫生机构从事的具体工作。 |
| 家 庭成 员及 主要 社会 关系 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
| 有 何特 长及 突出 业绩 |  |
| 奖 惩情 况 |  |
| 应聘人员承诺 |  **本人承诺所提供的材料及填写表格的内容真实有效，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 |
| 审 核意 见 |  经审核，同意报名。审核人签名： 审核日期： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

说明： 此表正反双面打印，须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。