**厦门市第五医院简化程序补充工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  | 相片 |
| **政治面貌** |  | **国 籍** |  | **户籍所在地** |  |
| **毕业院校****及专业（方向）** |  | **毕业时间** |  |
| **身份证号** |  | **学历** |  | **学 位** |  |
| **现工作单位****及 职 务** |  | **人事档案****所 在 地** |  |
| **专业技术职务 任职资格** |  | **执业资格** |  |
| **移动电话** |  | **电子邮件** |  |
| **联系地址****(邮编)** |  |
| **个****人****简****历****（从高中起）** |  |
| **报考信息** | **报考单位名称** |  | **报考岗位名称** |  |
| **岗位代码** |  |
| **报****考****人****签****名** | 本人确认符合报考岗位所需的资格条件，提供的材料真实、有效，如审核不符，承诺自动放弃考试和聘用资格。报考人签名：年 月 日 | **招聘****单位资格****初审意见** | 初审人签名： 年 月 日 | **人事卫生部门资格****复核意见** | 复核人签名： 年 月 日 |

备注：1.报考人应对所填报资料的真实性负责，如弄虚作假，即取消考试资格或聘用资格；

2.通过网络方式报名的，请在报名截止日期前按简章要求发送报名材料至报考单位指定电子邮箱。