2020年松北区卫生系统所属事业单位

公开招聘高层次人才报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | **一**  **寸**  **照**  **片** |
| **毕业学校及时间** |  | | | **所学专业** |  |
| **身份证号** |  | | | **户籍所在地** |  |
| **联系电话** |  | | | **其它联系电话** |  |
| **事业单位名称及**  **岗位名称** |  | | | **招考对象** |  | |
| **个人简历** |  | | | | | |
| **具有医师资格证**  **等情况** |  | | | | | |
| **诚信声明** | **本人承诺：以上填写的各项报考信息全部真实有效。因提供虚假信息所产生的一切后果，均由本人负责。**  **本人亲笔签名：**  **年 月 日** | | | | | |