窗体顶端

****商丘医学高等专科学校公开招聘人员报名表****

报名序号：                   日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓 名 |  | 性 别 | |  | 出生年月 | |  | | 照片 | |
|  | 民 族 |  | 政治面貌 | |  | 籍 贯 | |  | |
|  | 本科毕业院校及时间 |  | | | | 所学专业及学制 | |  | |
|  | 硕士毕业院校及时间 |  | | | | 专业及方向 | |  | | | |
|  | 博士毕业院校及时间 |  | | | | 专业及方向 | |  | | | |
|  | 家庭住址 |  | | | | 联系电话 | |  | | | |
|  | 身份证号 |  | | | | 执业资格 |  | 职称 |  | | |
|  | 外语水平 及等级 |  | | | | 婚否 |  | 身高（CM） |  | | |
|  | 有何特长 |  | | | | | | | | | |
|  | 奖惩情况 |  | | | | | | | | | |
|  | 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 | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | |
|  | 本 人 简 历 |  | | | | | | | | | |
|  | 报名承诺 | 本表所填内容准确无误，所提交的证件和照片真实有效。如有虚假，一经查实，由此产生的一切后果由本人承担。           报名人签名： | | | | | | | | | |
|  |
|  |
|  | 资格审 查意见 | 审查人签名： | | | | | | | | | |
|  | 注：1.“报名序号”由工作人员统一填写；2、本表反正打印，一式2份。 | | | | | | | | | |  |

窗体底端