黑河市社区卫生服务中心

[公开招聘医疗专业技术人员报名资格审查表](http://www.hhmohrss.gov.cn/hhrsj/sitedata/resource/files/201207/20120726180807uok3.doc)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 出生年月 |   | 二 寸 照 片  |
| 籍贯 |   | 民族 |   | 政治面貌 |   |
| 学历 |   | 学位 |   | 毕业时间 |   |
| 身份证号码 |   | 联系电话 |   |
| 工作单位 |   |
| 家庭住址 |   |
| 毕业院校及专业 |   |
| 报考单位 |   | 报考单位 |   |
| 个人简历 |   | 报名人承诺：     本表所填信息及提交的各类证件材料均真实有效，如有虚假，所产生的一切后果由本人承担。 签名：      年   月   日 |
| 家庭成员主要社会关系单位职务 |    |
| 奖惩情况 |   |
| 审核意见 |                                                                                              20   年   月   日 |
|  |  |  |  |  |  |  |

    **说明：“联系电话”请填写能联系到本人或家人的电话，如填写错误、手机关机、停机等个人原因造成无法联系耽误考试聘用的后果自负。**