|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **此栏考生不填** | 报考岗位代码 |  |
| 审核结果 |  |

云南省第一人民医院面向社会公开招聘辅助岗位人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **个人基本信息** | **姓 名** |  | **性 别** |  | **民 族** |  | 粘贴近期证件照片 |
| **政治面貌** |  | **出生年月** |  | **年 龄** |  |
| **手机号码** |  |
| **身份证号** |  |
| **学 历** |  | **专业名称****（如有）**  |  | **专业方向（如有）** |  |
| **毕业院校** |  | **是 否****全日制** |  | **外语语种及水平** |  |
| **职 称** |  | **工作年限** |  | **岗位要求其他证书** |  |
| **主要****学习****（工作）经历** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **报考信息** | **岗位名称** |  | **岗位代码** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **诚信承诺** | 本人郑重承诺： 一、本人已仔细阅读《2019年云南省第一人民医院面向社会公开招聘辅助岗位人员公告》,清楚并理解其内容。二、本人真实、准确、完整地提供个人信息、证明材料、证件等相关材料，不弄虚作假、不伪造、不使用假证明、假证书；准确填写“个人基本信息”、“报考信息”。因个人不符合报考岗位要求条件、信息填写错误、弄虚作假、材料缺失及所提供的学历与所报考岗位要求的招聘条件不一致等造成的后果，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。用人单位自报名之日起至聘用期间均可取消本人报考或聘用资格。三、本人提供有效的手机号码，并保证电话畅通。未准确提供有效的手机号码，造成信息无法传递给本人的，本人自行承担后果。 承诺人： （亲笔签名） 2019年 月 日 |