**附件1**

|  |
| --- |
|  **临沧市人民医院2023年公开招聘公益性岗位报名表** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |  |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 最高学历 |  |
| 籍 贯 |  | 身份证号码 |  |
| 全日制毕业学校及时间 |  | 所学专业 |  |
| 最高学历毕业院校及时间 |  | 所学专业 |  |
| 联系电话 |  | 婚姻状况 |  | 邮编 |  |
| 通讯地址 |  |
| 报考岗位 |  | 是否参加工作 |  |
| 个人简历（含曾任职务及获奖情况） |  |
| 备注 | 以上所填内容，均真实可信。 |
| 本人承诺签字： 年 月 日 |
| 资格审查 意 见 | 用人单位意见：  |
|   审核人： 签章 年 月 日 |