|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生个人信息 | 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 | | |  | | | | 相片  粘帖处 | |
| 户籍 |  | | 是否具有熟练的  闽南话表达能力 | |  | | | 党/团员 | |  | |
| 学历 |  | | 毕业  院校 |  | | | | 专业 | |  | |
| 学位 |  | |
| 是否全日制学历 |  | | 是否专升本 |  | | 卫生专业任职资格（或执业资格） | | | |  | | 获取  时间 |  |
| 家庭  地址 |  | | | | | | | | | 固定电话 | |  | |
| 手机号码 | |  | |
| 个人  学习  工作  简历  （从初中开始填起） |  | | | | | | | | | | | | |
| 报考  岗位 | 岗位代码 |  | | 岗位名称 | | | | |  | | | | |
| 其他需说明事项 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺：所填写及声明的个人信息和提交的证件真实有效，如有虚假信息和作假行为，一经查实，取消报名及聘用资格。   考生签名：                     年  月  日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格审核  结果 | | 符合报考要求（    ）  不符合报考要求（    ）    审核人（签名）：     年  月  日 | | | | | | 备用照片  粘贴处 | | | | 备用照片  粘贴处 | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |