**附件：**

**厦门市儿童医院劳务派遣人员招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期 | 年 月 日 | 相片(黏贴电子版) |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | 现户口所在地 |  |
| 毕业院校  |  | 专业 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  年 月 |
| 现工作单位及 职 务 |  | 相关工作经验 |  年 |
| 专业技术职称 |  | 执业资格等证书 |  |
| 计算机水平 |  | 外语水平 |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  | 应急电话 |  |
| 联系地址、邮编 |  | 电子邮件 |  |
| 个人学习、工作简历（从初中写起） |  |
| 报考信息 | 报考单位 | 厦门市儿童医院 | 报考岗位 | 综合门诊部导诊及客服岗位 |
| 应聘人员承诺签名 | 本人确认自己符合报考岗位所需的资格条件，所提供的材料真实、有效，如经审查不符，承诺自动放弃考试和聘用资格。 应聘人（手写签名）： 年 月 日 |
| 资格审查备注栏 |  |

注：1、应聘者应对自己所填报资料的真实性负责，凡有弄虚作假者，一经发现取消聘用资格；

2、邮件报名所需材料见招聘简章，电话联系方式如有变动请及时通知工作人员。