附件1

广西医科大学附属口腔医院

2020年招聘工作人员报名登记表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 应聘岗位 | 口腔颌面外科护士 | 姓 名 |  | 照片 |
| 政治面貌 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 毕业院校及专业（最高学历） | 全日制教育 |  | 学位 |  |
| 在职教育 |  | 学位 |  |
| 专业技术资格名称、授予单位及取得时间 |  |
| 现工作单位 |  | 身份证号码 |  |
| 家庭详细住址 |  | 联系电话 |  |
| 学习经历 | 起止时间 | 院校名称（从大专阶段填起） | 专业 | 研究方向 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 全日制工作经历 | 起止时间 | 所在单位 | 从事的工作及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 主要科研、论文成果及奖惩情况（提供相应的原件用于验证、复印件留存） |  |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 报名人承诺 |  本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有虚假，本人愿承担由此产生的一切后果。  报名人签名：  |
| 资格审查意见 |   审查人签名： 审查人签名： |

 备注：1.报名登记表用A4纸双面打印，并手写签字；2.登记表内容要如实填写，不得伪造；3.报名人对所填写内容的真实性负责。