|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **石河子大学医学院编制外工作人员报名表** | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 | |  | 照片 |
| 出生年月 |  | | 政治面貌 |  | | |
| 身份证号 |  | | 毕业院校 |  | | |
| 毕业时间 |  | | 专 业 |  | | |
| 学 历 |  | | 学历类型 |  | | | |
| 户籍所在地 |  | | 现档案存放处 | | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | | |
| 手机号 |  | | 邮箱 |  | | | |
| 学习、工作经历（何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从高中开始，按时间先后顺序填写） |  | | | | | | |
| 何时何地受过何种奖励 |  | | | | | | |
| 报考人员承诺 | 最低服务期限3年   （签字）   年 月 日 | | 资格审查部门  意见 | | 签字（盖章）  年 月 日 | | |
| 备注：报考人员承诺本人签名；资格审查部门意见由各基层单位党委或党总支签署意见，并盖党委公章 | | | | | | | |