|  |
| --- |
| **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 |