附件1

广西医科大学非全日制工作人员报名表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 应聘岗位 | 二级单位 | | | |  | | | | | | 政治面貌 | |  | | | 照  片  （一寸彩色  近期证件照） | |
| 科室名称 | | | |  | | | | | |
| 岗位名称 | | | |  | | | | | |
| 姓 名 |  | | | | | 性别 | | |  | | 出生年月 | |  | | |
| 最高学历、  学位 | 毕业院校、专业 | | | | | | | | | | | | 学历 | | 学位 |
| 全日制 |  | | | | | | | | | | |  | |  |
| 在职 |  | | | | | | | | | | |  | |  |
| 职称及取得时间、职业资格及取得时间 |  | | | | | | | 导师姓名  及工作单位 | | | | |  | | | | |
| 现工作单位、职务 |  | | | | | | | | | | 身份证号 | | |  | | | |
| 家庭详  细住址 |  | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | 邮箱 |  | |
| 学  习  经  历 | 起止时间 | | | 院校名称（从高中阶段填起） | | | | | | | | | | 专业 | | | 学历（学位） |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | | |  |
| 全  日  制  工  作  经  历 | 起止时间 | | | 所在单位 | | | | | | | | | | 从事的工作及职务 | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
| 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：  日期 ： | | | | | | | | | | | | | | | | |

备注：1.报名登记表填写后请用A4纸正反双面打印，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。