|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **报名岗位** | |  | | | | |
| 基 本 信 息 | 姓名 |  | 性别 | |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 婚姻状况 | |  |
| 出生日期 |  | 民族 | |  |
| 政治面貌 |  | 入党时间 | |  |
| 联系地址 |  | 联系电话 | |  |
| 专业技 术职称 | 现有技术资格 |  | 现有资格取得年月 |  | 执业类别 |  |
| 教 育 情 况 | 学历学位 |  | 是否全日制 普通高校毕业 | |  | |
| 是否2025年 应届毕业生 |  | 是否择业期内未落实工作单位毕业生 | |  | |
| 主要学习经历 （从高中起） |  | | | | |
| 主 要 工 作 经 历 |  | | | | | |
| 以下由审核部门填写盖章 | | | | | | |
| 审 查 意 见 | 单位审查意见 | | | | | |
| 印章  年  月 | | | | | |
| 个人承诺：本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。 | | | | | | |
| 报名人（签名）：  年  月  日 | | | | | | |

南昌大学附属口腔医院2025年公开招聘报名登记表