**乡宁县医疗集团公开招聘驾驶员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  |  |
| 政 治　面 貌 |  | 民族 |  | 籍 贯 | |  |
| 学 历 |  | 所学 专业 |  | 有何特长 | |  |
| 现从事职 业 |  | | | 身份证号 | |  | |
| 驾驶证类 别 |  | | | 持证时间 | |  | |
| 家 庭　住 址 |  | | | 联系电话 | |  | |
| 工 作  简 历 |  | | | | | | |
| 本 人  签 名承 诺 | 本人承诺： 填写事项真实有效，如有伪造等问题，自动放弃此次招聘报名。  签名： 时间： | | | | | | |
| 审 核  意 见 | 初审人员（签名）：  2022年 月 日 | | | | 复审人员（签名）：  2022年 月 日 | | |