|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 纳雍县妇幼保健院医共体2024年度第一批面向社会公开招聘编外专业技术人员报名表  报考单位： 报考专业： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 民族 | |  | | 政治面貌 | |  | | | | 照片1 | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | | 婚姻状况 | |  | | | |
| 学历 |  | | 学位 |  | 取得资格 | | | |  | | | | | |
| 毕业学校 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所学专业具体名称 |  | | | | | | | | 毕业时间 |  | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | 工作年限 |  | | | 参加工作时间 | | |  |
| 专业职称 |  | | | | 从事工作 | | |  | | | | | 电子邮箱 | | |  |
| 地址 |  | | | | | | | | | | | 联系  电话 | |  | | |
| 主要简历（从高中开始填写） | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位意见 | | 单位意见（盖章） | | | | 主管单位意见（盖章） | | | | | | | 组织/人社部门意见（盖章） | | | |
| 报名信息确认 | | 以上填写信息均为本人真实情况，如有虚假、遗漏、错误、模糊，责任自负。    应聘人员签名：　　　 　 　代报人员签名：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 报名资格  审查意见 | | 审核人：　　　　　　年　 月 　日 | | | | | | | | | | | | | | |