|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件 |  |  |  |  |  |  |  |
| 赤水市中医医院2024年上半年面向社会公开招聘合同制工作人员报名表 |
| 报名序号： |  |  |  |  |  |  |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | （照片粘贴处） |
| 身份证号码 |  | 出生日期 |  |
| 政治面貌 |  | 籍 贯 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 工作年限 |  | 家庭住址 |  |
| 应聘岗位 |  | 专业技术职称 |  | 联系电话 |  |
| 学习经 历 |  |
| 工作经历 |  |
|  报名信息确认：以上填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。  考生签名： 代报人员签名： 时间： 年 月 日 |