孟连县人民医院就业见习报名表

编 号： 填表日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 身份证编号 |  | 学历层次 |  |
| 毕业学校 |  | 所学专业 |  |
| 毕业证号 |  | 毕业时间 |  |
| 职业资格证书 | 专业（工种）： 等级： |
| 家庭地址 |  | 所属地区 |  |
| 联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 学习和工作经历 |
| 起止年月 | 学校或单位 | 学习专业或工种（岗位） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
| 报名见习单位（基地） |  | 报名见习专业（岗位） |  |
| 见习单位（基地）意见 |  （盖章） 年 月 日 | 县（区）就业中心意见 |  （盖章） 年 月 日  |