|  |
| --- |
| **附件1**施甸县2024年医学专业大学生公开招聘报名表 |
|  |  |  |  |  |  | 报名序号： |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 执业资格 |  |
| 身份证号码 |  | 户籍所在地 |  |
| 毕业学校及所学专业 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业证号码 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 教育经历（中学至今） |  |
|
|
|
|
|
| 工作经历 |  |
|
|
|
| 家庭成员及主要社会关系（三代以内直系亲属） | 姓名  | 性别 | 称谓 | 年龄 | 现工作单位(家庭住址） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 资格审查意见：审核人（签名）： 年 月 日（盖章） |