|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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） | | | | | | | |