附件

安岳县中医医院创面修复学科骨干人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  |  |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  | **政治面貌** |  |
| **身份类别** |  | **参加工****作时间** |  | **健康状况** |  |
| **最高学历** |  | **专业技****术职称** |  | **熟悉专业有何专长** |  |
| **毕业院校****系及专业** |  |
| **现工作单位及职务** |  | **联系电话** |  |
| **简****历** |  |
| **有无违法违纪行为** |  |
| **本人承诺：**（手写以下内容：上述填写内容真实完整。如不属实，本人愿承担一切责任。）本人签名：　 　　　　         　年　 月　 日　 |
| **资格审核意见** |  |

备注：1.表格内容必须填写齐全，2.报名表双面打印。