附件：

**抚州市妇幼保健院公开招聘编制外**

**工作人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | | | 出生年月 | |  | | |  |
| 民 族 | |  | | 籍 贯 |  | | | 参加工  作时间 | |  | | |
| 职 业  资 格 | |  | | 取 得 时 间 |  | | | 执业类别 | |  | | |
| 婚否 | |  | | | 熟悉专业  有何特长 | | |  | | | | |
| 学 历  学 位 | | 全日制 | |  | | | | 毕业院校  及专业 | | |  | | |
| 在 职 | |  | | | | 毕业院校  及专业 | | |  | | |
| 现工作单位  及职务 | | | |  | | | | | | | 联系 电话 |  | |
| 身份证号码 | | | |  | | | 应聘职位 | | | |  | | |
| 简  历  ︵  从高中填起  ︶ |  | | | | | | | | | | | | |
| 以上信息由应聘人员本人填写，并承诺所填信息真实有效。  应聘人员签名： | | | | | | | | | | | | | |
| 人事科审核意见 | | | 初审合格🞎 不合格🞎  年 月 日 | | | 职能科室审核意见 | | | 复审合格🞎 不合格🞎  年 月 日 | | | | |