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  |