红河州妇幼保健院（红河州妇女儿童医院）

公开招聘编外人员报名表

 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |  |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 户籍（生源）所 在 地 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 毕业时间 |  |
| 初始学历毕业学校 |  | 专 业 |  |
| 最高学历毕业学校 |  | 专 业 |  |  |
| 职 称 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | 身 高 |  CM | 体 重 |  KG |
| 资 格证 编 号 |  | 资 格取得时间 |  | 执业证注册范 围 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 本人简历 |  |
| 报考 岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 资格审查 | 资格审查意见： 人事科：（盖章）年 月 日 |

**注**：1、报名者应对自己所填报资料的真实性负责，凡有弄虚作假者，取消考核、录用资格；

2、《报名表》须贴上1张近期1寸免冠相片；

3、报名者须填清楚所报考的岗位代码和报考岗位。