万载县妇幼保健院2025年托育机构工作人员

报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考单位及岗位 |  | 姓名 |  | 照片 |
| 户口所在地 |  | 性别 |  |
| 第一学历 |  | 学位 |  | 出生年月 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  | 政治面貌 |  |
| 最高学历 |  | 学位 |  | 身份证号 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  | 职称 |  |
| 联系地址 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历 |  |
| 本人承诺：上述内容属本人填写，提供的报名材料全部真实准确，如有不实，本人承担一切责任。填表人（签名）： 年 月 日  |
| 招聘单位审核意见 | 年 月 日  |