|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **厦门市中医院招聘派遣人员报名表** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 报考岗位 |  |
| 身份证号 |  | 籍 贯 |  | 人员性质 | □毕业生 □在 职 |
| 学 历 |  | 毕业时间 |  | 政治面貌 |  |
| 职 称 |  | 婚 否 |  | 联系电话 |  |
| 毕业院校 |  | | | 专 业 |  |
| 户籍地址 |  | | | | |
| **学习简历（从初中填起）** | | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **工作简历（起止时间、单位、职位）** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

填表人签名：

填表时间： 年 月 日