会泽县卫生健康局所属事业单位2024年

公开招聘研究生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 出生日期 | |  | | | | | | 照片 | | |
| 民族 |  | | | 政治面貌 | |  | | | | | | | |
| 籍贯 |  | | | 身份证号码 | |  | | | | | | | |
| 学历 | |  | | | | 学位 | |  | | | | | |
| 专业研究方向 | |  | | | | | | | | | 联系电话 | | | |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | 备用联系人及电话 | | | | | |  |
| 毕业学校  及专业 | |  | | | | | | 毕业  时间 | | | | 年 月 日 | | | | |
| 执业资格 | |  | | | | 卫生专业技术资  格等级（非基层） | | | | | |  | | | | |
| 执业范围 | |  | | | | 户口（生源）所在地 | | | | | |  | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 报考单位 | |  | | | | | | | 部门代码 | | | |  | | | |
| 报考岗位 | |  | | | | | | | 岗位代码 | | | |  | | | |
| 档案存放地点 | |  | | | | 联系电话 | | | | | |  | | | | |
| 个人主要简历  （从高中开始填写到至今。注明起止时间、学校、院系及专业名称） | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 招聘单位意见：  签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | 招聘单位主管部门审查意见：  签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | |

**注：**本表一式三份，一份交招聘单位主管部门，两份交人力资源和社会保障部门。