灵台县城区医疗卫生单位公开遴选工作人员报名表

报名时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生时间 |  | 照片 |
| 身份证号码 |  | 籍贯 |  |
| 毕业学校 |  | 所学专业 |  |
| 学历 |  | 毕业时间 |  | 参 加工作时间 |  |
| 现工作单位 |  | 执业资格证 |  |
| 手机号码 |  | 专业技术职称 |  |
| 报考单位及岗位 |  |
| 个人学习和 工作简历 |  |
| 报名单位意见 | 盖章 | 审查意见 | 盖章 |

附：毕业证、身份证等证件复印件