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