2020年永和县卫生健康系统

公招聘事业单位专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **出生年月** |  | **性别** |  | **照 片** |
| **籍 贯** |  | | **身份证号** |  | |
| **家庭地址** |  | | | | |
| **现住址(通联地址)** |  | | | | |
| **手机号码** |  | | | | **固定电话** |  |
| **报考单位** |  | | | | **报考岗位** |  |
| **资格证书 名称** |  | | | **取得资格证书时间** | |  |
| **是否有执业证书** |  | | **注册执业范围** | |  | |
| **最 高 学 历** | **毕业院校** |  | | | **是否全日制** |  |
| **学 历** |  | | | **专 业** |  |
| **学 位** |  | | | **毕业时间** |  |
| **第一学历** | **毕业院校** |  | | | **是否全日制** |  |
| **学 历** |  | | | **专 业** |  |
| **学 位** |  | | | **毕业时间** |  |
| **是否定向委培应届生** |  | | **定向委培单位是否同意** | |  | |
| **现工作单位** |  | | **现工作单位和主管部门是否同意报考** |  | **是否具有应聘岗位要求的工作经历** |  |
| **服务基层项目名称** |  | | **是否服务期满并考核合格** |  | **服务地点** |  |
| **审核意见** | **审核者签名：** | | | | | |