|  |
| --- |
| 会理市2023年考核招聘卫生专业技术人员报名信息表 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考单位 |  | 报考岗位及编码 |  |  |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  | 学历 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学位 |  | 毕业时间 |  | 毕业院校 |  |
| 所学专业（严格按照毕业证书填写） |  | 考生类型（是否在职在编，填写在编在岗、非在编在岗或未就业人员） |  |
| 学习形式 |    |
| 户口所在地 |  |
| 何时取得何种资格证书（时间、层次、专业等要详细填写），详见岗位和条件要求一览表 | 示例：2021年XX月取得执业助理医师资格。 |
| 个人简历（从高中开始，不间断。请填写起止时间、单位（学校）、职务（学历）、就业情况（临聘或在编在职），其中报考岗位“其他”“备注”栏有要求的请特别说明） | 示例：2005.09--20011.09 XXXX中学 高中2011.09--20014.07 XXXXX学校XX专业大专（本科）2014.07--2015.10 在家待业2015.10--2016.10 在XXX单位任XXX职务（注明在编或临聘）2016.10至今 在XXX单位任XXX职务（注明在编或临聘） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报考单位意见 | （单位盖章）审查人签名：年      月      日 | 主管部门审核意见 | （单位盖章）审查人签名：年      月      日 |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。申请人（签名）： 日期（ 年 月 日）：  |

|  |
| --- |
|  |