|  |
| --- |
| **凯里市妇幼保健院****2023年公开自主招聘编制外合同人员报名表** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月（ 岁） |  | 照 片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 政治面貌 |  | 参加工 作时间 |  | 健康状况 |  |
| 已取得专业技术资格 |  | 取得专业技术资格时间 |  |
| 学 历 |  | 毕业院校、时间及专业 |  |
| 学 位 |  |
| 联 系电 话 |  | 电子邮箱 |  | 通讯地址 |  |
| 报考岗位 |  | 身份证号码 |  |
| 简历 | 从高中填写至今 |
| 现工作单位及职务（在编/合同聘用） |  |
| 报考人员确认签字 | 本人已全文阅读本次《凯里市妇幼保健院 2023年公开自主招聘编制外合同人员公告》并保证以上信息均为真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。本人签名：代报人签名：代报人身份证号码： 2023年 月 日 | 审核人员签字 | （签名）： 2023年 月 日 |