|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | |