附件3：莆田市医疗卫生单位2020年公开招聘研究生报名表

应聘单位： 应聘岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出 生年 月 |  年 月 | 近期2寸照片（电子） |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 婚 姻状 况 |  |
| 政治面貌 |  | 身份证号 码 |  |
| 最高学历 | 研究生 | 最高学位 |  | 毕业时间 | 年 月 |
| 联系方式 | 通信地址 |  | 邮编 |  |
| 电子邮箱 |  | 手机 |  | 固定电话 |  |
| 学习简历 | 阶段 | 起止时间 | 毕业学校 | 专业（与毕业证书一致） | 研究方向 | 学制 |
| 本科 |  |  |  |  |  |
| 硕士研究生 |  |  |  |  |  |
| 博士研究生 |  |  |  |  |  |
| 工作经历 |  |
| 获奖情况 |  |
| 取得资格证书情况 |  |
| 担任班干部情况 |  |
| 科研、论文及社会实践等情况 |  |

注意：以上表格内容填写须真实，弄虚作假者取消聘用资格。（此页可打印，内容较多者，可另附纸张）