**灵寿县支援湖北医疗编外聘用人员专项招聘报名信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | | | 出生年月 | |  | 照片 | |
| 民族 |  | | | 入党时间 | |  | | | 参加工  作时间 | |  |
| 身份证  号码 |  | | | | | 联系方式 | | |  | | |
| 户籍 所在地 |  | | | 执业资格 | | |  | | | 档案保管单位 | |  | |
| 学历  学位 | 全日制  教育 | | |  | | | 毕业院校系及专业 | | |  | | | |
| 在职  教育 | | |  | | | 毕业院校系及专业 | | |  | | | |
| 现工作单位及职称 | |  | | | | | | | | 报考岗位 |  | | |
| 简历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 重要  社会  关系 | 称谓 | | 姓名 | | 出生年月 | | | 工作单位及职务 | | | | | 是否  回避 |
|  | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | |  | |  | | |  | | | | |  |
| 对以上情况本人确认签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 单位  审核  意见 | （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |