附件1：

芦山县2020年上半年公开考核招聘卫生专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | | | | 出生  年月 |  | | 照  片 |
| 身份  证号 |  | | | 民族 | |  | | | | 政治  面貌 |  | |
| 毕业  院校 |  | | | | | 所学专业 | | | |  | | |
| 毕业  时间 |  | 健康状况 | | |  | | | 户籍所在地 | | |  | | |
| 执（职、从、专）业资格证书（含专业类别） | | | | | | | |  | | | | | |
| 联系  地址 |  | | | | | | | | 移动电话 | | |  | |
| 邮编 |  | | 固定电话 | | | |  | | E-mail | | |  | |
| 考生  类型(应、往届) |  | | 参加工作  时间 | | | |  | | 工作单位 | | |  | |
| 报考单位 |  | | | | | | | | 报考岗位  编码 | | |  | |
| 个人  简历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所受奖惩情况 |  | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员情况 |  | | | | | | | | | | | | |
| 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）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |