**榆社县卫生系统2020年公开招聘工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |  |
| 籍贯 |  | 照片 |
| 身份证号码 |  |
| 本人手机号 |  | 家庭联系电话 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 学历情况 | 学 历 | 毕 业 院 校 | 所 学 专 业 | 毕业时间 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 具有何种资格 |  | 取得何种学位 |  |
| 个 人 主 要 经 历 |
| 何年何月至何年何月 | 在何地何学校（或单位）学习（或从事何项目） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 审 查意 见 | 审查人签字： 年 月 日 |
| 说明： |