**高安市2019年公开招聘医务人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生****年月** |  | **籍贯** |  |  |
| **报考****单位** |  | **报考****类别** |  | **报考****岗位** |  |
| **身份证****号码** |  | **身高** |  |
| **是否具有资格证** |  | **执业证****注册单位** |  |
| **第一****学历** |  | **毕业院校、专业及时间** |  |
| **最高****学历** |  | **毕业院校、专业及时间** |  |
| **通讯****地址** |  | **联系****电话** |  |
| **个****人****简****历** |  |
| **资格****审查****意见** |  **签 名：** |

说明：本表一式一份，相关复印件装订为附件.