第二批编制外合同制卫生专业技术人员岗位报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 入党（团）时间 |  | 身体状况 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 学历（学位） |  |
| 身份证号码 |  | 报考单位及岗位名称 |  |
| 身高及体重 |  |
| 家庭住址 |  | 邮政编码 |  | 本人联系 电话 |  |
| 户籍所在地 |  | 籍贯 |  | 其它联系 电话 |  |
| 学习和工作经历（可另附纸） | 起止日期 | 学习院校及专业（工作单位及职务） | 证明人 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 主要家庭成员情况（含配偶、子女、父母、兄弟姐妹等直系亲属情况，可另附纸） | 姓名 | 工作单位及职务（无工作单位的填住址） | 与本人关系 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 主要获奖或取得的资格证书情况（后附相关证明材料） |  |
| 有何特长 |  |
| 备注 |  |