|  |
| --- |
| **会理市2023年考核招聘卫生专业技术人员报名信息表** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考单位 |  | | | 报考岗位及编码 |  |  |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | | |
| 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  | 学历 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学位 |  | 毕业时间 |  | 毕业院校 |  |
| 所学专业（严格按照毕业证书填写） |  | 考生类别 |  | 考生类型（是否在职在编） |  |
| 学习形式 |  | | | | |
| 户口所在地 |  | | | | |
| 何时取得何种资格证书（时间、层次、专业等要详细填写），详见岗位和条件要求一览表 | 示例：2021年XX月取得执业助理医师资格。 | | | | |
| 个人简历（从高中开始，不间断。请填写起止时间、单位（学校）、职务（学历）、就业情况，其中报考岗位“其他”“备注”栏有要求的请特别说明） | 示例：  2005.09--20011.09 XXXX中学 高中  2011.09--20014.07 XXXXX学校XX专业大专（本科）  2014.07--2015.10 在家待业  2015.10--2016.10 在XXX单位工作（在编人员不能报考，如是临聘人员请备注清楚）  2016.10至今 在XXX单位工作（在编人员不能报考，如是临聘人员请备注清楚） | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报考单 位意见 | （单位盖章）  审查人签名：  年      月      日 | 主管 部门 审核 意见 | （单位盖章）  审查人签名：  年      月      日 |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 审核状态 |  | 审核意见 |  |
| 照片审核状态 |  | 照片审核意见 |  |
| 应缴费金额 |  | 缴费状态 |  |

|  |
| --- |
| 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）：   日期（年/月/日）： |

|  |
| --- |
|  |