|  |
| --- |
| 大新县2023年卫生健康系统公开招聘（特招）报名登记表 |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 相片位置（方式二选一）1.贴近期一寸彩照；2.如果放电子照片须彩色打印。 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 毕业院校 |  | 学历 |  |
| 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号码 |  | 职称 |  |
| 现工作单位 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 报考单位 |  |
| 报考岗位名称 |  | 报考岗位编码 |  |
| 个人简历（从高中或中专写起） |  |
| 奖惩情况 |  |
| 主要家庭成员情况 | 姓名 | 性别 | 与本人关系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

附件3