|  |
| --- |
| 盘州市中医医院2023年编外人员报名表 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月（ 岁） |  |  |
| 民 族 |  | 籍 贯 |   | 出 生 地 |  |
| 政治面貌 |  | 参加工 作时间 |  | 健康状况 |  |
| 专业技术资格及取得时间 |  | 熟悉专业有何专长 |  |
| 学 历 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 学 位 |  |
| 联 系电 话 |  | 电子邮箱 |  | 通讯地址 |  |
| 报考职位 |  | 身份证号码 |  |
| 简历 |  |
| 现工作单位及职务（在编/合同聘用） |  |
| 报考人员确认签字 | 本人已全文阅读本次简章并保证以上信息均为真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。本人签名：代报人签名：代报人身份证号码：  年 月 日 | 审核人员签字 | （签名）： 年 月 日 |