**2024年常德市妇幼保健院见习生报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **见习岗位名称：**        报名序号： | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | 民族 | |  | | | 相片 |
| 出生年月 | |  | | 政治面貌 | |  | 学历学位 | |  | | |
| 原始学历毕业学校 | | |  | | | | 所学专业 | |  | | |
| 最高学历毕业学校 | | |  | | | | 所学专业 | |  | | |  |
| 职称、执（职）业资格 | | | |  | | | 取得时间 | |  | | |
| 户籍地 | |  | | | | 婚姻状况 | | |  | | | |
| 身 高 | |  | | | | 档案保管单位 | | |  | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | 有何特长 | |  | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 联系电话 | |  | | | | | | E-mail或微信 | |  | | |
| 简历  （高中起） | | 起止时间 | | | 学校及学历 | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
| 与见习岗位相关的实践经历 | | 起止时间 | | | 单位及科室 | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
| 见  习  生  承  诺 | 本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。    见习生签名：  年  月  日 | | | | | 资  格  审  查  意  见 | 经审查，符合见习资格条件。    审查人签名：  年  月  日 | | | | | |

说明：1.报名序号由单位填写。2.报名者必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消考试或选拔资格。3.经审查符合报名条件，由报名者现场确认，此报名表由单位留存。