附件2

# 大冶市妇幼保健院2024年招聘卫生专技

# 人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | （一寸电子照片） |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 家庭  住址 |  | | | | |
| 专业技术职称 |  | | 取得等级时间 |  | |
| 学 历  学 位 | 全日制学历学位 |  | | 毕业院校、专业、起止时间 |  | |
|
| 最高学历学位 |  | | 毕业院校、专业、起止时间 |  | |
|
| 是否为往届生 | |  | | 最高学历是否为全日制学历 |  | |
| 规培单位及起止时间  （非规培生可不填写） | |  | | | | |
| 手 机 号 码 | |  | | 身 份 证  号 码 |  | |
| 意向岗位及科室  （可多写） | |  | | | | |
| 学  习  简 历 | （从高中填起，包括实习） | | | | | |
| 工  作  经  历 | （往届生填写并说明是否购买了保险） | | | | | |
| 本人签字确认 | 签名： | | | | | |