会泽县卫生健康局所属事业单位2024年

公开招聘研究生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |   | 照片 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 籍贯 |  | 身份证号码 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 专业研究方向 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | 备用联系人及电话 |  |
| 毕业学校及专业 |  | 毕业时间 | 年 月 日 |
| 执业资格 |  | 卫生专业技术资格等级（非基层） |  |
| 执业范围 |  | 户口（生源）所在地 |  |
| 工作单位 |  |
| 报考单位 |  | 部门代码 |  |
| 报考岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 档案存放地点 |  | 联系电话 |  |
| 个人主要简历（从高中开始填写到至今。注明起止时间、学校、院系及专业名称） |  |
| 招聘单位意见：签字（盖章）： 年 月 日 | 招聘单位主管部门审查意见：签字（盖章）：年 月 日 |

**注：**本表一式三份，一份交招聘单位主管部门，两份交人力资源和社会保障部门。