附件

威远县卫生健康系统定向医学专科生招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | | 出生年月  （ 岁） | |  | 照 片 |
| 民 族 | |  | | 籍 贯 | |  | | | 出生地 | |  |
| 政 治  面 貌 | |  | | 身份证  号 码 | |  | | | 联系电话 | |  |
| 全日制  教 育 | | 学 历  学 位 | |  | | | | | 毕业院校、系及专业 | |  | |
| 在 职  教 育 | | 学 历  学 位 | |  | | | | | 毕业院校、系及专业 | |  | |
| 通信地址  及 邮 编 | | | |  | | | | | | | 电 子  邮 箱 |  |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员  及主  要社  会关  系 | 称 谓 | | 姓 名 | | 年龄 | | 政治面貌 | 是否有  回避关系 | | 工作单位及职务 | | | |
|  | |  | |  | |  |  | |  | | | |
|  | |  | |  | |  |  | |  | | | |
|  | |  | |  | |  |  | |  | | | |
|  | |  | |  | |  |  | |  | | | |
| 招聘单位资格审查意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

报考人员（签字）：  年 月 日