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