**广安市广安区妇女儿童医院应聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照片（一寸彩照） |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 籍 贯 |  |
| 健康状况 |  | 毕业时间 |  | 所学专业 |  |
| 最高学历学位 |  | 应聘岗位 |  | 是否服从调剂 |  |
| 毕业院校 |  | 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  | 专业技术资格及取得时间 |  |
| 学习、培训（含规培）经历 | 起止时间 | 学校名称及专业 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 工作经历 | 起止时间 | 工作单位及从事工作岗位 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 家庭主要成员 | 关系 | 姓名 | 工作单位及职务 | 政治面貌 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 奖惩情况 |  |
| 有何专长 |  |
| 本人保证上述表格中所填内容完全真实，如有虚假，愿意承担一切责任。 申请人签名：  年 月 日 |