附件2

彝良县医共体妇幼保健院2025年公开招聘编外

专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 出生年月 |  | 贴免冠彩色证件照片（1寸） |
| 政治面貌 |  | 民族 | |  | | 健康状况 |  |
| 身份证号 |  | | | | | 执业资格 |  |
| 全日制  学历 |  | 全日制毕业院校及专业 | |  | | | |
| 家庭地址 |  | | | | | | 联系电话 |  |
| 报名单位 |  | | | | | 报名岗位 |  | |
| 学习和工作简历 | 起止时间 | | 工作单位及职务 | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| 主要家庭成员 | 姓名 | | 关系 | | 年龄 | 工作单位 | | |
|  | |  | |  |  | | |
|  | |  | |  |  | | |
|  | |  | |  |  | | |
|  | |  | |  |  | | |
| 审核意见 | 审查人签字：  年 月 日 | | | | | | | |