云南省妇幼保健院就业见习基地学员报名表

报考岗位

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 性　别 |  | 年 龄 |  | 政治面貌 |  |
| 籍　贯 |  | 民 族 |  | 学　历 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 是否全日制 |  | 所学专业 |  |
| 是否取得执业证书 |  | 职 称 |  |
| 联系电话 |  | 住址 |  |
| 身份证号 |  |
| 个人简历（从初始学历起） |  |
| 家庭主要成员 | 称 谓 | 姓 名 | 年 龄 | 职 业  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 获奖情况 |  |
| 资格审查情况（由招聘单位填） | 审查人签名：　　　　　　　　　　　审查日期： |

|  |
| --- |
| 注：1、报名表须贴近期1寸免冠相片。2、此表任何栏目内容涂改无效； |
| **承 诺 书** |
| **本人承诺:本人填写的信息全部属实。本人符合招考公告规定的所有条件以及报考岗位的所有资格要求。如不符合，本人愿意承担由此造成的一切后果。** |
|  承诺人：　　年　　月　　日 |