**附件1**

**高青县卫生健康系统公开招聘合同制专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  |
| 毕业学校 |  | 所学专业 |  |
| 毕业时间 |  | 学历/学位 |  |
| 身高(cm) |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 现住址 |  | 婚姻状况 |  |
| 报考岗位 |  |
| 资格证书 | 执业资格证名称及取得时间 |  | 相关资格证名称及取得时间 |  |
| 教育经历(从高中开始填起) |
| 学习形式(全 | 学历/学位 | 入学时间 | 毕业时间 | 毕业学校及专业 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 工作经历(从毕业开始填起) |
| 时间 | 工作地点 | 职称职务 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 家庭主要成员 |
| 关系 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

本人声明以上内容属实，如有虚假，本人愿意承担由此引发的一切后果。

应聘人签名： 年 月 日