2024年四川省定向医学专科生引进项目

人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | 出生年月 | |  | |  |
| 籍贯 | |  | | 民族 |  | 政治面貌 | |  | |
| 学历 | |  | | 毕业院校 |  | | | | |
| 毕业时间 | |  | | 所学专业 |  | | | | |
| 健康状况 | |  | | 身份证码 |  | | | | | |
| 毕业证书编号 | | | |  | | | | | | |
| 通讯地址 | | | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 专业技术资格及取得时间 | | | |  | | | | | | |
| 个人  简历 |  | | | | | | | | | |
| 所受奖惩情况 | | | |  | | | | | | |
| 家庭主要  成员 | | 姓名 | | 关系 | 工作单位及职务 | | | | | |
|  | |  |  | | | | | |
|  | |  |  | | | | | |
|  | |  |  | | | | | |
| 报考岗位编码 | | |  | | 资格审查意见：    签名：        　　　 　　　 年   月   日 | | | | | |
| 请报考者如实填写以上信息后，签字认可： | | | | | | | | | | |