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： |