附件

永嘉县人民医院医共体劳务派遣人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴  照  片 |
| 专业技术资格 |  | | | 学 历 |  |
| 毕业  学校 |  | | | 专 业 |  |
| 现工作  单位 |  | | | | |
| 户口所在地（镇、街） |  | | | 身份  证号 |  | |
| 住址 |  | | | 联系  电话 |  | |
| 本人简  历（从高中开始填写） |  | | | | | |
| 有何  特长 |  | | | | | |
| 本人  声明 | 上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。    报考人（签名）：  年 月 日 | | | | | |
| 资格审查  意见 | 年 月 日 | | | | | |