附件：

慈溪市卫生健康系统公开招聘派遣制

工作人员报名表

报考单位： 报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | | 身份证号码 |  | | | | | | | 近期免冠  一寸彩照 |
| 户籍  所在地 | | |  | | 民族 |  | 性别 |  | | 政治  面貌 |  | |
| 最高  学历 | | | 全日制教育 | |  | | 毕业时间 | |  | | | |
| 在职教育 | |  | |
| 参加工作时间 | | |  | | 健康  状况 |  | 专业技  术资格 | |  | | | | |
| 联系  地址 | | |  | | | | | | 固定电话 | | |  | |
| 移动电话 | | |  | |
| E-mail | | |  | | | | | | 邮 编 | | |  | |
| 最高学历毕业院校 | | | |  | | | | | 所学专业 | | |  | |
| 现工作单位 | | | |  | | | | | 岗位/职务 | | |  | |
| 个  人  简  历 | |  | | | | | | | | | | | |
| **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。**  **申请人（签名）：年月日** | | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | 年月日 | | | | | | | | | | | | |