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 |