附件3

漳浦县卫健系统编外在岗人员参加

2024年漳浦县卫健系统编外卫技人员招聘考试的情况说明

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 |  | 联系电话 |  |
| 现工作单位及职称 | |  | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | |
| 个人简历从首次聘用时填 起 |  | | | | | |
| 所在单位意见 | （盖章）  所在单位主要领导签字： 年 月 日 | | | | | |