附件

新余市妇幼保健院招聘见习生报名表

编号： 填表时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 籍贯 |  | 相片 |
| 出 生年 月 |  | 政治面貌 |  | 学历 |  | 报考岗位 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 毕业学校 |  | 专业 |  | 执业证及取得时间 |  |
| 现工作单位 |  | 职称及取得时间 |  |
| **学习简历** |
| 起止时间 | 毕 业 院 校 | 学 历 | 专业 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **工作简历** |
| 起止时间 | 单 位 名 称 | 岗位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 资格审查 | 签名： 年 月 日 |
| 本人承诺 | 本人承诺上述填写信息及所提供相关证明材料真实有效。如有任何不实，愿按有关规定接受处理。  签名： 年 月 日 |