附件1

2024年度成都市青白江区卫健局

所属4家事业单位考核招聘13名医学类

毕业生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期（ ）岁 |  | 2寸彩照 |
| 籍 贯 |  | 身份证号 |  |
| 政治面貌 |  | 入党时间 |  | 健康状况 |  |
| 参 加工作时间 |  | 现工作单位 |  | 所从事专 业 |  |
| 户 口所在地 |  | 档案存放地 |  |
| 学 历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 学 位 |  | 英语水平 |  |
| 何时获何专业技术职务任职资格 |  | 何时聘何专业技术职务 |  |
| 联系电话 |  | 应聘单位及岗位 |  |
| 简 历 |  |
| 获奖情况 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系（至少需填写配偶及子女情况） | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 用人单位初审意见 |  签字（盖章）：年 月 日 |
| 区卫健局资料复审意见 | 签字（盖章）： 年 月 日 |
| 区人社局资料复审意见 | 签字（盖章）： 年 月 日 |