|  |
| --- |
| 附件1、海勃湾区卫生技术人才引进申报表 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 相片 |
| 出生年月 |  | 全日制学历 |  | 最高学历 |  |
| 全日制学历毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 最高学历毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 家庭详细住址： |
| 户籍所在地 |  | 身份证号码 |  |
| 联系电话 | 电话1： 电话2： |
| 最高职称 |  | 专业名称 |  |
| 报考岗位 |  | 是否服从调剂 |  | 人事档案存放处 |  |
| 简历 |  |
|
| 资格审查意见 | 审核人签字： | 资格审查 意见 | 审核人签字： |
|  | 年 月 日 |  |  年 月 日 |
| 备注 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 本人签字： |
| 注：报名表填报信息有误，责任自负。 |