**2023年英德市慢性病防治医院公开招聘专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓    名 |  | 性别 |  | 报考岗位 |  | 贴相片 |
| 出生年月 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | 邮  编 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 学历及学位 |  |
| 外语水平 |  | 计算机水平 |  |
| 现工作单位 |  | 单位性质 |  |
| 专业技术资格 |  | 执业资格 |  |
| 学习、工作经历（何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从中学开始，按时间先后顺序填写） |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家 庭成 员及 主要 社会 关系 | 姓  名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
| 有 何特 长及 突出 业绩 |  |
| 奖  惩情  况 |  |
| 审  核意  见 |                 注：由医院填写审核人：                           审核日期：   年  月  日 |
| 备  注 |  |

说明：1.此表用蓝黑色钢笔填写，字迹要清楚；

           2.此表须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。