附件1：

芦山县2020年上半年公开考核招聘卫生专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 毕业时间 |  | 健康状况 |  | 户籍所在地 |  |
| 执（职、从、专）业资格证书（含专业类别） |  |
| 联系地址 |  | 移动电话 |  |
| 邮编 |  | 固定电话 |  | E-mail |  |
| 考生类型(应、往届) |  | 参加工作时间 |  | 工作单位 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位编码 |  |
| 个人简历 |  |
| 所受奖惩情况 |  |
| 家庭成员情况 |  |
| 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。申请人（签名）： 年 月 日 |
| 审核意见 |   年 月 日  |