|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | |