**前湾新区卫生健康系统公开招聘派遣制工作人员报名表**

报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 出生日期 |   | 近期一寸正面免冠彩照 |
| 身份证号 |   | 籍贯 |   |
| 政治面貌 |   | 民族 |   | 户籍地 |   |
| 生源地 |   | 学历 |   |
| 所学专业 |   | 学位 |   |
| 毕业院校 |   |
| 取得毕业证书时间 |   | 手机号码 |   |
| 现工作（学习）单位 |   | 紧急联系方式 |   |
| 专业技术资格 |   |
| 学习经历 |   |
| 工作经历 |   |
| 上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切责任。                                考生签名： |
| 审  核意  见 |   | 审核人 |   | 审核时间 | 年  月  日 |