晋城市2020年全科医生特设岗位招聘人员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |  |
| 性别 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 民族 |  | 婚姻状况 |  |
| 学历 | 学位 | 毕业院校 | 专业 | 毕业时间 | 是否为全日制 |
|  |  |  |  |  |  |
| 资格证书编码 |  | 资格证类别 |  |
| 现工作单位 |  | 现工作单位和主管部门是否同意报考 |  |
| 联系电话 |  | 通讯地址 |  |
| 身体状况 |  | 户口所在地 |  |
| 个人简历 |  |
|  |
|  |
|  |
| （注：个人简历包括教育经历和工作经历，教育经历从大学起） |
| 审查意见 |  |
|  |
|  |  |  | 审核人签名： |  |

报考单位及岗位： 报名序号：