常山县卫健系统2023年公开招考专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | | 民族 | |  | 专业技术职务 | |  | | |  |
| 参加工作  时间 |  | | | 政治  面貌 | |  | | 身份  证号 | |  | | | | | |  |
| 报考单位及岗位 | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
| 初始  学历 |  | 学位 | | |  | | 毕业院校及时间 | |  | | | 所学专业 | | |  | |
| 最高  学历 |  | 学位 | | |  | | 毕业院校及时间 | |  | | | 所学专业 | | |  | |
| 联系  地址 |  | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 现工作单位 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 个  人  简  历 | \*\*年\*月---\*\*年\*月 \*\*学校\*\*专业学习  \*\*年\*月---\*\*年\*月 工作经历 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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。**  **报考人（签名）： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | |