|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **漯河市中医院劳务派遣人员报名表** | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | 出生年月 |  |  |
| 籍 贯 | |  | | 政治面貌 | |  | 身 高 |  |
| 执业资格 | |  | | 职 称 | |  | 健康状况 |  |
| 毕业学校 | |  | | | 所学专业 | |  | |
| 家庭地址 | |  | | | 联系方式 | |  | |
| 学习经历 | 经 历 | | 起止年月 | | 院 校 名 称 | | | | 所学专业 |
| 专 科 | |  | |  | | | |  |
| 本 科 | |  | |  | | | |  |
| 硕 士 | |  | |  | | | |  |
| 工作经历及实习培训经历 | 起止年月 | | 实习、工作、培训单位 | | | | | | 岗 位 |
|  | |  | | | | | |  |
|  | |  | | | | | |  |
|  | |  | | | | | |  |
| 获奖情况 |  | | | | | | | | |
| 承诺声明 | 上述填写内容真实完整准确，如有不实，本人愿承担取消招聘资格的责任。   申请人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | |