|  |
| --- |
| **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 |  |