附件1：

雨城区公开考核招聘医护类事业单位工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性  别 |  | 身高 |  | 政治面貌 |  |  |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 籍  贯 |  | 民  族 |  | 参加工作时间 |  |
| 学  历 |  | 毕业时间 |  | 婚  否 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 健康状况 |  |
| 职   级 |  | 外语语种 |  | 有何特长 |  |
| 现工作 单位 |  | 从事专业 |  |
| 通讯地址 |  |
| 邮政编码 |  | 联系电话、手机 |  |
| 报考单位（编码） |  |
| 主 要 学 习 简 历 和 工 作 简 历 |  |
| 主 要 家 庭 成 员 及 社 会 关 系 | 称谓 | 姓  名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 何时何地受过何种奖励、处分  |  |
| 资格审查意见 | （盖章）年    月   日 |
| 以上资料若有伪造或失实之处，填表人承担由此所引起的一切后果。                                      填表人：                  年  月  日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：此表用A4纸双面打印。