关岭自治县妇幼保健计划生育服务中心

（妇幼保健院）公开比选工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  | | 照片 |
| 籍贯 |  | | 民族 |  | 政治面貌 |  | |
| 毕业院校 | |  | | | 所学专业 |  | |
| 学历学位 | |  | | | 毕业时间 |  | |
| 现户口所在地 | |  | | | 是否是全日制普通高校学历 | | |  |
| 家庭住址 | |  | | | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | |
| 现工作单位 | |  | | | | | | |
| 何时取得何种何级别执业资格证书 | |  | | | | | | |
| 是否符合比选岗位所要求的资格条件 | |  | | | 比选岗位 | |  | |
| 联系电话 | |  | | | 其他联系方式（父母或亲友姓名、单 位电话） | |  | |
| 主  要  简  历 |  | | | | | | | |
| 曾获得的表彰奖励 |  | | | | | | | |
| 单位  意见 | （盖 章）    年 月 日 | | | | | | | |
| 主管部门意见 | （盖 章）    年 月 日 | | | | | | | |
| 报名资格审查意见 | 审查人（签名）：    年 月 日 | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |