|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **阳曲县安康医院报名表** | | | | | | |
|
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 1寸相片 |
| 出生地 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 专业 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业学校 |  | | 是否属于全日制普通高等教育 | | |  |
| 身高（CM） |  | 体重（KG） |  | 健康状况 |  | |
| 婚否 |  | 身份证号 |  | | | |
| 户口所在地 | 省（市、自治区）       市（州）       县（市、区） | | | | | |
| 家庭详细地址 |  | | | 联系电话 |  | |
| 通讯地址 |  | | | 邮政编码 |  | |
| 专业技术资格       及取得时间 | |  | | | | |
| 个 人 简 历 |  | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
| 所受奖惩情况 | |  | | | | |
|