附件

自贡市自流井区人民医院聘用人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | 民族 |  |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | | 政治面貌 |  | 毕业时间 |  |
| 健康状况 |  | 学历 |  | | 学位 |  | 职称 |  |
| 毕业学校 |  | | | | 所学专业 |  | | |
| 身份证号 |  | | | | 联系电话 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | |
| 应聘专业 |  | | | 应聘岗位 | |  | | |
| 学  习  经  历 | | | | | | | | |
| 工  作  经  历 | | | | | | | | |