附件

青田县卫健系统公开招考编外人员

报名表

报名序号： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　　　 | 出生年月　　 | 　　 | 照片 |
| 民族　 | 　 | 籍贯　　 | 　　　 | 政治面貌 | 　 |
| 身份证号 | 　　 | 　 | 　　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 学历 |  | 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 通讯地址 |  | 联系号码 |  |
| 参加工作时间 |  | 报考岗位 |  |
| 简历 |  |
| 报名人声明 | 本报名表所填写内容准确无误，所提交的证件真实有效，如有虚假，由此产生的一切后果由本人承担。 报名人签字： |
| 资格审查意见 |   审查人签名： 年 月 日  |

注：报名序号由工作人员统一填写。