附件1

2024年度成都市青白江区卫健局

所属4家事业单位考核招聘13名医学类

毕业生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 | |  | | 出生日期  （ ）岁 |  | | 2寸彩照 | |
| 籍 贯 |  | | 身份  证号 | |  | | | | |
| 政治  面貌 |  | | 入党  时间 | | |  | 健康  状况 | |  |
| 参 加  工作时间 |  | | 现工作  单位 | | |  | 所从事  专 业 | |  |
| 户 口  所在地 |  | | | | | 档案  存放地 |  | | | | |
| 学 历 |  | | | | | 毕业院校  及专业 |  | | | | |
| 学 位 |  | | | | | 英语  水平 |  | | | | |
| 何时获何专业技术职务任职资格 |  | | | | | 何时聘何专业技术职务 |  | | | | |
| 联系  电话 |  | | | | | 应聘单位  及岗位 |  | | | | |
| 简 历 |  | | | | | | | | | | |
| 获奖情况 |  | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员及重要社会关系（至少需填写配偶及子女情况） | 称谓 | 姓名 | | 出生年月 | | | 政治  面貌 | | 工作单位及职务 | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | |
| 用人单位  初审意见 | 签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 区卫健局  资料复审  意见 | 签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 区人社局  资料复审  意见 | 签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | |