|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 昆明市妇幼保健院见习人员招聘报名登记表 | | | | | | | | |
| 报考岗位 | □中医科见习医师  □孕产保健部见习医师  □病理科见习技师 | | | □超声医学科录入员  □孕产保健部医学专家助理  □见习护士 | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | | 照  片 | |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | 年龄 |  | |
| 婚姻状况 |  | 民族 |  | 最高学历 |  | |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 |  | |
| 毕业时间 |  | 联系电话 |  | 现居住地 |  | | | |
| 身份证号 |  | | | 是否取得资格证书 | □否  □是（证书名称： ） | | | |
| 学历 | 就读起止时间 | | 就读院校 | | | 所学专业 | | 学历/学位 |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
| 个人简历（自高中起的学习、工作经历） |  | | | | | | | |
| 学习、工作期间所获主要荣誉 |  | | | | | | | |
| 诚 信 承 诺 | 本人承诺填写的信息及提供的材料均合法、真实、有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假或填写失实、失误，承诺自动放弃录用资格。  报考人签名： 年 月 日 | | | | | | | |
| 初 审  意 见 | 审查人员签名： 年 月 日 | | | 复 审  意 见 | 审查人员签名: 年 月 日 | | | |
|
|
|
| 说明：1、考生必须如实填写以上内容，考生参加考核资格以资格复审结果为准，如填报虚假信息者，取消录用资格；  2、请考生打印并妥善保存该报名表，在现场报名资格审查时进行登记确认。 | | | | | | | | |