|  |
| --- |
| **右江民族医学院见习人员报名表** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 贴照片处 |
| 籍贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 专业 |  | 英语水平 |  | 计算机水平 |  |
| 学制 |  | 毕业时间 |  | 联系电话 |  |
| 邮箱 |  | 特长 |  |
| 应聘岗位 |  |
| 综合测评 | 2020-2021学年： / （名次/同年级同专业总人数）2021-2022学年： / （名次/同年级同专业总人数）2022-2023学年： / （名次/同年级同专业总人数）2023-2024学年： / （名次/同年级同专业总人数）2024-2025学年： / （名次/同年级同专业总人数） |
| 学习经历高中写起 | 时间起止 | 学 校 名 称 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 科研及奖惩情况 |  |
| 平台负责人意见 | 负责人： 年 月 日 |
| 二级学院意见 | 负责人：签公章： 年 月 日 |
| 人事处意见 | 负责人：签公章： 年 月 日 |

 注：此表一式两份，正反面打印。