附件：

江油市人民医院公开招募见习生报名表

**报名岗位： 填表时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 户籍所在地 |  | 政治面貌 |  |
| 最高学历 |  | 学位 |  | 专业 |  |
| 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  | 手机号码 |  |
| 现住址 |  | 是否服从调剂 |  |
| 教育经历 | 起止时间 | 学校名称 | 专业 | 学历 | 学习方式 |
|  |  |  |  | □全日制 □非全日制 |
|  |  |  |  | □全日制 □非全日制 |
|  |  |  |  | □全日制 □非全日制 |
|  |  |  |  | □全日制 □非全日制 |
|  |  |  |  | □全日制 □非全日制 |
| 家庭主要成员情况 | 关系 | 姓名 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 本人承诺 | 本人自愿参加江油市人民医院2024年见习生招募，保证本人相关信息真实。 | 本人签字： |