**临武县卫生健康事务中心**

**就业见习人员报名表**

报名时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |  | |
| 民 族 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  | | |
| 毕业学校院系及专业 |  | 毕业时间 |  | 学历学位 |  |
| 家庭住址 |  | | | 专长 |  |
| 联系电话 |  | | 电子邮箱 |  | |
| 就业创业证编号 |  | | | | |
| 个人简历、实践经验及奖惩情况 |  | | | | |