附件1

永仁县中医医院2024年青年就业见习人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 小一寸免冠照片 |
| 出生日期 |  | 政治面貌 |  | 入党时间 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 专业 |  |
| 婚姻状况 |  | 健康状况 |  | 身高 |  |
| 电子邮箱 |  | 联系电话 |  |
| 籍贯 |  | 家庭住址 |  |
| 爱好、特长 |   |
| 家庭成员 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 工作单位及职务 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 工作经历 | 起止时间 | 工作单位 | 职务或工种 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 学习经历 | 起止时间 | 毕业院校 | 专业 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 所持资格证、获奖情况等其他简介请在此栏填写： |
| 本人承诺以上所填信息均属实，且符合申报就业见习条件。 签名： 日期： |

备注：学习经历请从高中开始填写。