|  |
| --- |
| **寿宁县中医院卫生专业技术人员招聘报名表****报名岗位： 填报时间：** |
| **姓 名** |  | **身份证号码** |  | 照片 |
| **性 别** |  | **政治面貌** | 　 | **学历** | 　 |
| **毕业院校 及专业** |  | **毕业时间** |  |
| **职称及取得时间** | 　 | **户口所在地** | 　 |
| **现工作单位** | 　 | **手机号码** | 　 |
| **家庭地址** | 　 | **联系电话** |  |
| **工 作 学 习 简 历** |  |
| **兴趣及特长** | 　 | 应届 历届 | □ 应届 □ 历届 |
| 备 注 |
|  |