**厦门市教育科学研究院附属幼儿园**

**顶岗保健医生招聘报名表**

**日期：** **年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | | 出生年月 |  |  | | |
| 籍贯 | |  | 民族 |  | | 政治面貌 |  |
| 参加工作时间 | |  | 婚姻  状况 |  | | 健康状况 |  |
| 户籍地址 | |  | | | | 专业技术 资格证书 |  |
| 现居住地址 | |  | | | | 计算机  操作水平 |  |
| 身份证号 | |  | | | | 联系方式 |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 毕业院校  及专业 | |  | | | | 学历 |  | 学位 | |  |
| 个人  简历  （从高中起） | | 起止年月 | 单位及职务 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 家庭主要成员情况 | 成员 | 姓 名 | 出生年月 | | 单位职务 | | | | 政治面貌 | |
| 配偶 |  | | | | | | | | |
| 父亲 |
| 母亲 |
| 子女 |
| 近年来  奖惩情况 | |  | | | | | | | | |
| 声明 | | 本人保证上述所填信息真实无误，如因填写有误或不实而造成的后果，均由本人负责。  签 　　名： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 资格审查 | | 审查人签名：　　　 　年　　月　　日 | | | | | | | | |