附表

文山州卫生健康委员会艾滋病防治公益性岗位人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 照片 |
| 年龄 |  | | | 民族 |  |
| 学历 |  | | | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 毕业学校 | | |  | | | |
| 专业 | | |  | | | |
| 个人简历 | |  | | | | |