崇信县城市社区卫生服务中心见习生报名登记表

报名序号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　填表日期：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 籍 贯 |  | | 照片 | |
| 出生年月 |  | | 民 族 |  | 政治面貌 |  | |
| 家庭住址 |  | | | | 婚姻状况 |  | |
| 身份证号 |  | | | | 健康状况 |  | |
| 有何特长 |  | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | 联系电话 |  | | | |
| 学历情况 | 毕业时间 | 毕业院校 | | | 所学专业 | 学制 | 学历 | | 学位 |
|  |  | | |  |  |  | |  |
| 学习及工作  简历 |  | | | | | | | | |
| 专业技术、职业资格，取得时间 |  | | | | | | | | |
| 报 名 人  声 明 | 本报名表所填写内容准确无误，所提交的证件真实有效。如有虚假，由此产生的一切后果由本人承担。  报名人签字： | | | | | | | | |
| 注：报名序号由工作人员统一填写。 | | | | | | | | | |