海南省干部疗养院（海南省老年病医院）

公开招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | 出生年月日 | | |  | 相 片 |
| 籍 贯 | |  | | 身份证号 | |  | | | | |
| 政治面貌 | |  | | | | | 入党(团)时间 | | |  |
| 毕业院校 | |  | | | | | 毕业时间 | | |  |
| 所学专业 | |  | | 学 历 |  | | | | 学 位 | |  |
| 专业技术职称资格 | | |  | | | | | 职称取得时间 | | |  |
| 现所在单位及工作岗位 | | |  | | | | | 是否财政编制人员 | | |  |
| 报考岗位 | |  | | | | | | | 联系电话① | |  |
| 联系地址 | |  | | | | | | | 联系电话② | |  |
| 个人奖惩情况 |  | | | | | | | | | | |
| 经本人复核上述信息真实无误。 报名人： | | | | | | | | | | | |
| 资格初审意见 | 审查人员（签名）： | | | | | | | | | | |
| 资格复审意见 | 审查人员（签名）： | | | | | | | | | | |