附件3

惠州市第一妇幼保健院2024年度第二批

见习人员招聘报名表

应聘科室及岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 籍贯（省-市-县） |  | 相片 |
| 民族 |  | 健康状况 |  | 政治面貌 |  | 婚育状况 |  |
| 学历 |  | 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 学位 |  | 毕业学校 |  |
| 学制（年） |  | 身份证号码 |  |
| 联系方式 | E-MAIL（常用）： | 固话： |
| 手机： | 紧急联系人及手机： |
| 微信： | QQ： |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 学习经历（中学起） | 起止年月 | 按学历从低到高填写 | 学历（学位）/学制（年） | 学习形式（全日制/业余） |
| 学校、专业 |
| 年 月— 年 月 |  |  |  |
| 年 月— 年 月 |  |  |  |
| 年 月— 年 月 |  |  |  |
| 年 月— 年 月 |  |  |  |
| 年 月— 年 月 |  |  |  |
| 工作/实习经历 | 起止年月 | 工作单位/部门（科室）/岗位 | 工作/实习 | 负责具体工作 |
| 年 月— 年 月 |  |  |  |
| 年 月— 年 月 |  |  |  |
| 年 月— 年 月 |  |  |  |
| 年 月— 年 月 |  |  |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 其他需要说明的问题 |  |
|  **本人承诺：以上所填写及提交附件的内容全部属实，并愿为内容的真实性负责。 填表人签名：****时间： 年 月 日** |

备注：家庭成员需写清楚父母、配偶、子女的信息。