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。