附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 性　别 |  | 出生年月  （　岁） |  | | | 照片 |
| 民　族 |  | 籍　贯 |  | 居住地 |  | | |
| 政治面貌 |  | 参加工作时　间 |  | 健　康  状　况 |  | | |
| 专业技术职称 |  | | 熟悉专业及特长 |  | | | | |
| 学　历  学　位 | 全日制  教　育 |  | | 毕业院校系及专业 | |  | | |
| 在　职  教　育 |  | |  | | |
| 现工作单位及职务 | |  | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | 手机号码 | | |  | |
| 个人  学习  工作  简历 |  | | | | | | | |

西夏区公开招聘全科医生特设岗位报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 获奖情况 |  | | | | |
| 家  庭  主  要  成  员  及  重  要  社  会  关  系 | 称 谓 | 姓 名 | 年 龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 资格初审 意见 | 年 月 日 | | | 资格 复审 意见 | 年 月 日 |
| 备注 |  | | | | |

**说明：**1、工作简历要填写到月，填写清楚职务变化的时间；籍贯、居住地填写到市（县）。

2、民主党派成员，政治面貌栏中需注明是何党派、何时加入。

3、家庭成员和社会关系须填写配偶、子女、父母、岳父母、公婆等。

4、本表一式三份，每份需贴一张近期同底小二寸免冠彩色照片。