**台江区卫生健康局流调信息协查组工作人员招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 照  片 |
| 毕业院校 | |  | | | 毕业时间 |  |
| 所学专业（方向）及学制 | |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 在校奖 惩情况 | |  | | | | | |
| 专业技术职务任职资格 | |  | 执业 资格 |  | 健康状况 |  | |
| 联系电话 |  | | 联系 地址 |  | | | |
| 工作经历 | |  | | | | | |
| 报名岗位 | |  | | | | | |
| 本人签名 | | 本人确认所提供的材料真实、有效，如弄虚作假，承诺自动放弃聘用资格。  报考人签名： 年 月 日 | | | | | |