深圳市龙岗区妇幼保健院

招 聘 规 范 化 培 训 学 员 报 名 表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报考信息 | 报考单位 | 岗位编号 | 考生身份 |
|  |  | （毕业生） |
| 姓名 |  | 性别 |  | 婚姻状况 |  | 户籍 |  |
| 身份证号 |  |
| 毕业院校 |  | 专业 |  | 职称 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 单位和职务 |  |
| 电话 |  |  |
| 简历（从高中起） |  |
| 主要成果和奖惩 |  |
| 签名 | 本人保证以上情况属实。 本人签名： |

注：请如实填写，如有不符将承担由此产生的后果。请自行提前填写打印，报名现场提交。（空间不够，可另附页）