附件1

2020年宜兴市卫生健康委下属事业单位

定向招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本情况** | 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | （贴照片处） |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 参加工作日期 |  |
| 身份证号 |  | 职 称 |  |
| 现 住 地 址 |  | 户籍所在地 |  |
| 工作单位 |  | 联系方式 |  |
| **报考单位** |  |
| **教育情况** | 毕业院校 |  | 最高学历（学位） |  |
| 毕业专业 |  | 毕业时间 |  | 培养方式 |  |
| 外语水平 |  | 计算机水平 |  |
| **学习工作经历** |  |
| **家庭情况** | **称 谓** | **姓 名** | **工 作 单 位 及 职 务** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **奖惩情况** |  |
|  **对以上情况本人确认签字： 年 月 日** |
| **审查意见** |  **报考单位（盖章）：**  **年　　 月　 日** |