附件

校医院劳务派遣制工作人员应聘申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | 民族 |  |
| 婚姻状况 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 所学专业 |  | | | 毕业学校 |  | | |
| 规培证及取得时间 |  | | | 职称及评聘时间 |  | | |
| 身份证号码 |  | | | 应聘岗位 |  | | |
| 家庭住址 |  | | | 联系电话 |  | | |
| 学习经历 |  | | | | | |
| 工作经历 |  | | | | | |
| 获奖情况 |  | | | | | |
| 岗位相关的其他经历和说明 |  | | | | | | |