兰州新区公开选拔基层医疗卫生机构领导干部报名表

选报岗位：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **（近期二寸正面半身免冠蓝底彩色照片，20KB以下）** |
| **出生年月** |  | **民 族** |  |
| **籍 贯** |  | **出生地** |  |
| **政治面貌** |  | **入党时间** |  |
| **参加工作时间** |  | **专业技术职务** |  |
| **学 历**  **学 位** | **全日制**  **教 育** |  | **毕业院校**  **系及专业** |  |
| **在 职**  **教 育** |  | **毕业院校**  **系及专业** |  |
| **现工作单位及职务** | |  | | |
| **身份证号** |  | | **健康状况** |  |
| **户籍所在地** |  | | **现居住地** |  |
| **本人手机号** |  | | E-mail |  |
| **获奖情况** |  | | | |
| **工作简历** |  | | | |
| **资格初审**  **意 见** | **审核人签字：**    年 月 日 | | | |
| **备注** |  | | | |