**望江县中医医院就业见习报名申请表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  |  | |
| 民族 |  | 出生年月 | |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 | |  |
| 身份证号码 |  | 籍贯 | |  |
| 毕业学校及院（系）专业 |  | 毕业时间 | |  | 学历学位 |  |
| 家庭住址 |  | | | | 专长 |  |
| 联系电话 |  | | | E-mail |  | |
| 服务期限 |  | | | | | |
| 见习岗位 |  | | | | | |
| 个人简历 |  | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | |
| 报名申请人签名：  年 月 日 | | | 招考单位审核意见：  年 月 日 | | | |