附件1

校医院劳务派遣制工作人员应聘申请表

应聘岗位： **联系电话：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |  |
| 政治面貌 |  | 籍 贯 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 婚姻状况 |  | 学 历 |  | 学 位 |  |  |
| 毕业学校 |  | | | 专 业 |  |  |
| 执 业 证 |  | | | 职 称 |  | |
| 身份证号码 |  | | | 家庭住址 |  | |
| 学习经历 |  | | | | | |
| 工作经历 |  | | | | | |
| 获奖情况 |  | | | | | |
| 岗位相关的其他经历和说明 |  | | | | | |