附件2

赣南医科大学第一附属医院紧密型城市医疗

集团经开区成员单位2025年招募见习生

报名表

 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 籍 贯 |  | 照片 |
| 年 龄 |  | 政治面貌 |  | 民 族 |  |
| 最高学历 |  | 毕业学校 |  | 专 业 |  |
| 身份证号码 |  |
| 婚姻状况 |  | 联系电话 |  | 紧急联系人及联系方式 |  |
| 联系地址及邮编 |  |
| 岗位代码 |  | 报考单位及岗位 |  |
| 学习经历（由近及远） | 起止时间 | 毕业学校 | 所学专业 | 学历 | 学习形式 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 工作经历（由近及远） | 起止时间 | 工作单位 | 职务或岗位 | 证明人/联系方式 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 受过何种奖励或处分，其他个人能力及特长介绍 |  |
| 家庭主要成员及社会关系 | 称谓 | 姓名 | 工作单位 | 职务 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人承诺 | **我承诺本人以上所填写内容均为真实情况，是国家承认学历的普通类毕业生。所有信息均真实有效，如有虚假，取消考录资格，责任自负。**本人签字： 年 月 日 |