附件

**2017年海南省“妇幼双百”人才引进报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 | | | |  | | | | 民族 | |  | 贴  照  片  处 | | |
| 身份证号码 |  | | | 籍 贯 | | |  | | | 政治面貌 | | | |  |
| 第一学历 |  | | | | 最高学历 | | | | | |  | | | |
| 毕业院校  专 业 |  | | | | 毕业院校  专 业 | | | | | |  | | | | | | |
| 毕业时间 |  | | | | 毕业时间 | | | | | |  | | | | | | |
| 最高学位名称 |  | | 外语掌握程度 | | | | | |  | | | | 计算机掌握程度 | | | |  |
| 专业技术职务 |  | | 是否已  参加规培 | | |  | | | 应聘岗位 | | | | 儿科（ ） 妇产科（ ） | | | | |
| 现工作单位 |  | | | | | 现工作  岗位年限 | | |  | | | | 是否服从  岗位调剂 | | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | 邮政编码 | | | |  | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | | | | 电子邮箱 | | | |  | | | | |
| 简 历  （自高中起，时间到月） |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作或社会  实践经历 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 奖 惩  情 况 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要科研成果（论文、著作等） |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 应聘承诺 | 以上所填内容属实，若有虚假，所聘单位有权解除劳动合同。  应聘者签名： | | | | | | | | | | | | | | | | |

填表时间： 年 月 日