附件

2020年江阴市人民医院、中医院定向招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | | | 出生年月 | |  | 照片 | |
| 入党时间 |  | | | 参加工  作时间 | |  | | | 职称 | |  |
| 身份证  号码 |  | | | | | 联系方式 | | |  | | |
| 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 | |  | | | | | | | | 报考单位 |  | | |
| 简历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 重要  社会  关系 | 称谓 | | 姓名 | | 出生年月 | | | 工作单位及职务 | | | | | 是否  回避 |
|  | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | |  | |  | | |  | | | | |  |
| 对以上情况本人确认签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |