附件

**贵州省康复医院2025年见习生个人报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 出生日期 |  |
| 政治面貌 |  | 户籍所在地 |  |
| 生源所在地 |  | 是否普通高等教育全日制 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业具体名称 |  | 毕业院校 |  |
| 现工作单位 |  | 工作年限 |  | 参加工作时间 |  |
| 专业职称（职务） |  | 职业（从业）资格证 |  |
| 个人身份（合同制/在编） |  | 单位是否同意报考 |  |
| 主要简历 |  |
| 其它需要说明事项 |  |
| 报考信息确认栏 | 以上填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。考生签名： 代报人员签名： |