鞍山市结核病医院公开招聘合同制人员报名表

报名序号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 粘贴照片处 |
| 身份证号 |  | 出生年月 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 学历 |  | 执业证书编号 |  | |
| 专业 |  | 报考岗位 |  | |
| 联系方式 |  | | | |
| 备注 |  | | | |