附件：

**滁州市中西医结合医院岗位调整报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 年龄 | | 岁 | | 籍贯 |  | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | 政治  面貌 |  | |
| 接受教育情况 | 毕业院校  及专业 | | 全日制教育 | |  | | | | | | |
| 在职教育 | |  | | | | | | |
| 学历 | | 全日制 | |  | | | | 学位 | |  | |
| 在 职 | |  | | | | 学位 | |  | |
| 继续教育情况 | |  | | | | | | | | |
| 专业技术职称 | | |  | | | | 取得时间 | | |  | |
| 工  作  简  历 |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 人事部门  审查意见 | 经审查，该同志符合医院公开招聘病理科技术人员的报名条件。  2015年 月 日 | | | | | 主管部门  审查意见 | | 2015年 月 日 | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | |