附件1：

**罗定市卫生健康局就业见习人员报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |   | 照片 |
| 出生年月 |  | 民 族 |   |
| 籍 贯 |  | 学 历 |   |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |   |
| 身份证号码 |  |
| 毕业学校 |  | 专 业 |  |
| 人员类别 | 高校毕业生□ 失业青年□ |
| 专业或特长 |   |
| 资格证书 |  |
| 联系电话 |  | 手机号码 |  |
| 联系地址及邮编 |  |
| 家庭主要联系人 |  | 联系人联系方式 |  |
| 见习起止时间意向 | 从 年 月 日到 年 月 日 |
| 个人简历 | （从中学阶段起填，包括获奖情况、社会工作和实践情况、实习经历等按时间顺序填写） |
| 见习单位意见 | 负责人（签章）： （公章） 年 月 日 盖章： 年 月 日 |