附件2

六安市中医院就业见习申请表

 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  |
| 毕业学校及院（系）专业 |  | 毕业（失业）时间 |  | 学历学位 |  |
| 家庭住址 |  | 专长 |  |
| 联系电话 |  | E-mail |  |
| 服务期限 |  （3-6个月） |
| 见习意向单位及见习岗位 | 其他意向 |
|  |  |
| 个 人简 历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 申请人签名：年 月 日 | 区人才综合服务中心意见：年 月 日 |