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 | | | | | | |