**皖西学院校医院收款员岗位劳务派遣人员选推报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | （照片） |
| 政治面貌 |  | 学历学位 |  | 职称 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 所学专业 |  |
| 取得执业资格时间 |  | 执业类别 |  | 证书编号 |  |
| 现注册单位名称 |  | 执业范围 |  | 证书编号 |  |
| 婚否 |  | 身份证号 |   | 联系电话 |  |
| 应聘岗位 |  |
| 本人通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| E-mail |  |
| 教育经历 | 自何年月 | 至何年月 | 所在学校 | 专业/学历 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历 | 自何年月 | 至何年月 | 所在单位 | 担任职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 获奖情况 |  |
| 其他证书或业绩情况 |  |