**曲靖健康医学院2025年公开招聘博士研究生**

**报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |   | 曾用名 |   | 性别 |   | 本人近期小一寸电子证件照 |
| 出  生年月日 |  | 政治面貌 |  | 入党时间 |  |
| 婚姻状况 |  | 生源地（具体到县区） |  | 民族 |  |
| 身 份证 号 |  |
| 招聘单位名称 |  | 岗位名称 |  |
| 硕士毕业院校 |  | 硕士专业名称 | （须与毕业证所载专业一致） |
| 硕士入学时间 |  | 硕士毕业时间 |  |
| 博士就读院校 |  | 博士专业名称 | （须与毕业证所载专业一致） |
| 博士入学时间 |  | 博士毕业时间 |  |
| 本人联系方式 | 移动电话及联系人 | 备用联系电话及联系人 | 电子邮箱 |
| （确保联系方式不变） | （请务必填写） |   |
| 家庭住址 |  |
| 个人简历 | （从高中开始填写。注明起止时间、学校、院系、专业及学位名称）  |
| 对本人就业情况和岗位所需其他条件的补充说明 |  |
| 招聘单位报名意见 |  审核人签名： （盖章） 年 月 日 |