附件

日照市卫生学校代课教师报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期同底免冠1寸彩照贴1张 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 学历学位 |  |
| 政治面貌 |  | 毕业时间 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号 |  | 教师资格证书编号 |  |
| 联系电话 |  | 家庭住址 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 是否在职 |  | 现工作单位及职称 |  |
| 应聘岗位 |  | 职业资格证书编号 |  |
| 教育经历 |  |
| 工作经历 |  |
| 郑重声明 | 本人郑重声明以上填报事项全部属实，若填报事项与事实不符，本人愿意承担由此引起的责任及后果。 签名： 日期： 年 月 日 |