附件2:

运城市盐湖区人民医院公开招聘聘用制工作人员报名表

**报考岗位： 编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性别 |  | 未婚 ○  已婚 ○ | 民族 | |  | 照  片  （粘贴） |
| 籍 贯 | |  | | | | | 政治面貌 |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | | 联系电话 |  | | |
| 第一学历 | |  | 毕业院校 | | |  | | | | |
| 所学专业 | | |  | | | 毕业时间 | |  |
| 最高学历 | |  | 毕业院校 | | |  | | | | |  |
| 所学专业 | | |  | | | 毕业时间 | |  |
| 资格证取得时间 | | |  | | | | 规培合格证取得时间 | | | |  |
| 人事档案所在地 | | | | | | |  | | | | |
| 学习  工作  简历 | 起止时间（从高中填起） | | | | | | 学校/单位 | | | | 专业/职务 |
| 年 月至 年 月 | | | | | |  | | | |  |
| 年 月至 年 月 | | | | | |  | | | |  |
| 年 月至 年 月 | | | | | |  | | | |  |
| 年 月至 年 月 | | | | | |  | | | |  |
| 工作  情况 | 是否在编 | | | 参加工作时间 | | | 工作单位 | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | |
| 专业特长： | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺所提供的报名信息和材料真实、可靠、准确、有效，若有违反本人愿承担相应责任和后果。    签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |