**附件**

**施秉县人民医院公开招聘人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **民族** |  | **籍贯** |  |  **相 片** |
| **出生年月** |  | **政治面貌** |  | **毕业时间** |  |
| **健康状况** |  | **婚姻状况** |  | **学历** |  |
| **毕业学校** |  | **所学专业** |  |
| **职称** |  | **执业证书号** |  |
| **身份证号** |  | **联系电话** |  |
| **通讯地址** |  | **邮 编** |  |
| **是否完成规陪** |  | **规陪医院** |  |
| **个人经历** |  **起 止 日 期** | **在何校、何单位学习工作** | **任何职务** |
| **年 月至 年 月** |  |  |
|  **年 月至 年 月** |  |  |
|  **年 月至 年 月** |  |  |
| **年 月至 年 月** |  |  |
|  **年 月至 年 月** |  |  |
| **家庭主要成员** | **与本人关系** | **姓 名** | **年龄** | **政治面貌** | **现在何地、何单位工作学习、任何职务** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **奖惩情况** |  |
| **个人特长** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **论文****发表****情况** |  |
| **资格****初审****意见** | **年 月 日** |
| **招聘****复审****意见** |  **年 月 日** |
| **备****注** |  **本人保证所填内容和提供的材料及证件完全真实，否则，同意用人单位取消本人录用资格。用人单位可针对求职申请中的信息进行诚信调查。** **应聘人（签名）：**  **年 月 日** |