**招聘医务人员报名表**

**岗位： 日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | | 照  片 |
| 籍 贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | |
| 毕业学校 |  | | | 专业 |  | |
| 最高学历 |  | 取得执业  资格时间 | |  | | |
| 身份证  所在地 |  | 身份证号 | |  | | | |
| 现居住地 |  | 宅 电 | |  | 手机 |  | |
| 个人简历 |  | | | | | | |