**附件：1**

滨州市中心医院

2019年公开招聘母婴病房岗位工作人员报名登记表

填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 | |  | | 民族 | |  | 政治  面貌 |  | | | 照  片 | |
| 户籍  所在地 |  | | | | 出生  年月 | |  | | 是否应届毕业生 | |  | 毕业  时间 |  | | |
| 身份  证号 |  | | | | | | | | 学历 | |  | 学位 |  | | |
| 毕业  院校 |  | | | | | | | | 所学  专业 | |  | | | | |
| 是否有  执业证 | |  | 执业范围 | | |  | | | | 是否有二级医院或妇幼专科医院工作经历 | |  | | | 是否有中级资格证 | |  |
| 家庭住址 | | | |  | | | | | | | | 联系  电话 | |  | | | |
| 工  作  学  习  简  历 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭  成员  及其  主要  社会  关系 | 关系 | | | | 姓名 | | | 单 位 | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身 高： 体 重： （由资格审核人员填写）  审查人员签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格审查意见： （由资格审核人员填写）    审查人员签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |