附件2：

滨州市妇幼保健院（滨州市儿童医院）2019年儿童康复中心公开招聘人事代理人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  | **民族** |  | **一寸彩色照片** |
| **政治面貌** |  | **婚 否** |  | **籍 贯** |  |
| **身份证号** |  | **E-mail** |  |
| **应聘岗位** |  | **联系电话 （填写两个）** |  |
| **家庭住址** |  |
| **全日制学历及学位** |  |  | **毕业学校、专业及毕业时间** |  |
|  |  |  |
| **执业资格及范围** |  | **专业技术职务资 格** |  | **住院医师规范化培训合格证书** |  |
| **学****习****背****景****（自高中写起）** | **学 历** | **起止时间** | **毕 业 学 校** | **所 学 专 业** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **工****作****经****历** | **起止时间** | **工 作 单 位 及 科 室** | **性质（实习、工作）** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **家庭****成员****及其****主要****社会****关系** | **关 系** | **姓 名** | **出生年月** | **政治面貌** | **工 作 单 位** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **我已经仔细阅读招聘信息，并郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证件等真实、准确。对因提供有关信息证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相关责任。****应聘人员签名：** **年 月 日** |
| **备 注** | **联系电话需填写自己两个常用电话，或填写自己及亲属联系电话。** |