附件1

安远县公开招聘临床医生报名登记表

报考岗位： 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 出生年月 |  | 现工作单位及职务 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  |
| 学历 |  | 所学专业 |  |
| 身份证号码 |  | 是否还准备参加其他招聘 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 本人简历（高中至今） | 时 间 | 学习、实践或兼职单位及职务 | 证明人 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 奖惩情况（大学至今） | 时间 | 奖惩名称（按获得的荣誉高低填写） | 奖惩单位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 资格审核意见 |   审查人（签名）： 年  月  日 |