**运城市中心医院**公开招聘合同制工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 出生年月 |   | 一寸彩照 |
| 参加工作时间 |   | 政治面貌 |   | 籍贯 |   |
| 工作单位 |   | 是否机关、事业单位正式人员 |   |
| 报考岗位 |   | 专业技术职称 |   |
| 第一学历（学位） |   | 毕业时间、院校及专业 |   |
| 第二学历（学位） |   | 毕业时间、院校及专业 |   |
| 最高学历（学位） |   | 毕业时间、院校及专业 |   |
| 身份证号码 |   | 执业资格及取得时间 |   |
| 联系电话（必须留两个） |  |  |  |