**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） | | |  | |  |  |