**玉溪市第二人民医院2019年合同制工作人员报名审查表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 填表日期： | 年 月 日 | 编号： |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 个人相片 |
| 出生年月 |  | 身高 |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 文化程度 |  | 毕业院校 |  |
| 专业 |  | 毕业时间 |  | 驾照及驾龄 |  |
| 身份证号 |  | 户口所在地 |  |
| 现住址 |  | 联系电话 |  |
| 备用联系电话 |  |
| 家庭主要成员 | 姓名 | 成员关系 | 工作单位 | 职务 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 工作经历 | 起始时间 | 所在单位 | 岗位 | 离职原因 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 相关证书 |  |
| **本人愿意为以上填写资料的真实性负责，如有虚假，愿意承担由此带来的一切责任。** **本人签字：** |