附件2

**惠东县人民医院2019年公开招聘报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| **职位代码：**  | **报考科室及岗位：** |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **民 族** |  | **相 片** |
| **出生年月** | **年 月** | **政治面貌** |  | **婚姻状况** |  |
| **籍贯** |  **省 市 县 镇** | **身高** |  **CM** |
| **现户籍所在地** |  **省 市 县 镇**  | **身份证号码** |  |
| **现居住详细地址** |  | **联系电话** |  |
| **毕业院校** |  | **毕业学历** |  |
| **毕业专业** |  | **毕业时间** | **年 月**  |
| **专业技术资格证名称** |  | **是否具备执业证书** |  | **是否具备住院医师规范化培训合格证书** |  |
| **学习经历（何年何月至何年何月在何地学习；从中学开始，按时间先后顺序填写）** |  |
| **工作经历（何年何月至何年何月在何地工作按时间先后顺序填写）** |  |
| **家 庭成 员及 主要 社会 关系** | **姓 名** | **与本人关系** | **工作单位及职务** | **户籍所在地** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **有 何特 长及 突出 业绩** |  |
| **奖 惩****情 况** |  |
| **报 名****人 员****承 诺** | **本人承诺以上材料属实，如有不实之处，愿意承担相应责任。** **签 名： 日期： 年 月 日** |
| **审 核****意 见** | **审核人： 审核日期： 年 月 日** |
| **备 注** |  |

**说明：1、此表用蓝黑色钢笔填写，字迹要清晰可见；**

1. **此表须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。**

**一式一份，双面打印。**