报名序号：

|  |
| --- |
| **报 名 登 记 表** |
| 姓 名 | 　 | 性 别  | 　 | 出生年月 | 　 | 一寸免冠证件照 |
| 民 族 | 　 | 籍 贯 | 　 | 政治面貌 | 　 |
| 毕业时间 | 　 | 毕业学校 | 　 |
| 毕业专业 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 技术职称 | 　 | 取得时间 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 学习简历 |  |
| 工作简历 |  |
| 个人承诺 | 本人承诺如实填写以上内容，如因个人填写失实或有误，一切后果自行承担。 承诺人： |
| 报名结果（由医院人事科填写） |  审核人签名： |