附件二：合浦县人民医院2019年公开招聘医学专业人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | | 一寸照片 |
| 出生年月 |  | | | 民族 |  | |
| 政治面貌 |  | | | 籍贯 |  | |
| 是否取得规培证 | |  | | 婚姻状况 |  | |
| 第一学历毕业学院  及专业、毕业时间 | |  | | | | | |
| 最高学历毕业学院  及专业、毕业时间 | |  | | | | | |
| 现有职称及取得时间 | |  | | | | | |
| 应聘岗位 | 是否服从调剂（ ） | | | | | | |
| 现住地址 |  | | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | | |
| 学  习  经  历 | 起止时间 | | 毕业学校 | | | 专业 | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
| 工  作  经  历 | 起止时间 | | 工作单位 | | | 职务 | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
| 本人承诺 | 本表所填信息真实有效，如有虚假，本人愿意承担由此产生的一切后果。  签名： 日期： | | | | | | |