附件2：

**单县妇幼保健妇幼保健计划生育服务中心**

**2019年招聘考试报名登记表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性  别 |  |  |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 毕业学校 |  | 所学专业 |  |
| 毕业时间 |  | 学  历 |  |
| 学  制 |  | 籍  贯 |  | |
| 基础学历、毕业院校及专业（应聘研究生填写） |  | | | |
| 身份证号 |  | | | |
| 联系电话及邮箱 |  | | | |
| 取得医师资格证书及住院医师规培证情况 |  | | | |
| 申报岗位 |  | | | |
| 是否服从医院岗位调剂 |  | | | |

注：照片栏请粘贴本人近期电子版彩色蓝底照片。