东辽县人民医院第一分院（脑科医院）公开招聘

同工同酬卫生专业技术人员考试报名表 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | | 民 族 | | |  | | | 照  片  （小二寸） | |
| 出生年月 |  | | 政治面貌  （党员或群众） | |  | | | 学 历 | | |  | | |
| 毕业院校 |  | | | | | 是否服从调剂 | | | | |  | | |
| 所学专业 |  | | | | | | | | | | | | |
| 执业资格证书名称 | |  | | | | | | | | 婚姻状况 | | |  | | |
| 家庭地址 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 报考单位 |  | | | | | | | | 岗位名称及代码 | | |  | | | |
| 个人简历（包括学习经历和社会工作经历） |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成  员情况 | 姓 名 | | | 关 系 | | | 所在单位 | | | | | | | | 职 务 |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

备注：以上信息填写考生需打印，手写无效！