附件：2

乌海市市直医疗卫生单位公开招聘报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片（二寸彩色照片） |
| 出生年月 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 政治面貌 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 毕业时间 |  | 参加工作时间 |  |
| 身份证号码 |  | 家庭住址 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 本人联系电话 | 手机： 住宅： | 直系亲属联系电话 | 手机： 住宅： |
| 报考单位及岗位 |  |
| 个人简历 |  |
| 审核意见 | 审核人签字： 年 月 日 |

注：本人简历从上高中开始填写，一式三份。