附件2

2020级医技学科规范化培训人员招录报名表

编号： 招录岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生日期 |  | 籍 贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 政治面貌 |  | 专业技术职务/资格 |  |
| 身份证号 |  | 健康状况 |  |
| 户口所在地 |  |
| 联系地址 |  | 邮政编码 |  |
| E-mail |  | 联系电话 |  |
| 学历教育情况 | 起止时间 | 毕业学校 | 所学专业 | 学历、学位 | 学习形式 |
| 年 月- 年 月 |  |  |  |  |
| 年 月- 年 月 |  |  |  |  |
| 年 月- 年 月 |  |  |  |  |
| 年 月- 年 月 |  |  |  |  |
| 年 月- 年 月 |  |  |  |  |
| 所学主要专业课程 |  |
| 主要工作经历 | 起止时间 | 所在单位及部门 | 工作岗位及职务 |
| 年 月- 年 月 |  |  |
| 年 月- 年 月 |  |  |
| 年 月- 年 月 |  |  |
| 年 月- 年 月 |  |  |
| 年 月- 年 月 |  |  |
| 职业资格情况 | 证书号码 | 注册地点 | 考试成绩 | 执业资格再注册时间 |
|  |  |  |  |
| 主要获奖励与证书情况 |  |
| 其他求职意向 |  |
| 承 诺 | 谨此声明：本人所填信息全部属实，并愿承担提供虚假资料相应责任。本人签名： 填报日期： 年 月 日 |