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 | | | | | | | | | | | | | |