**附件2**

**曲靖市沾益区人民医院2020年公开招聘编制外**

**卫生专业技术人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |  |
| 民 族 |  | 政治面貌及加入时间 |  |
| 学 历 |  | 证书编号 |  |
| 学 位 |  | 证书编号 |  |
| 毕业学校及时间 |  |
| 所学专业 |  | 取得资格专业和级别 |  |
| 现户口所在地 |  | 籍 贯 |  |
| 身份证号码 |  | 主要特长 |  |
| 报考岗位 |  | 联系方式 |  |
| 本人主要简历 |  |
| 初审审核人员签字： 盖章： | 复审审核人员签字： 盖章： |
| 备注 |  |

注：请用钢笔正楷字认真填写。