**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。