附件1：

大同市第五人民医院应聘报名表

**应聘岗位**：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | （红底2寸电子彩照） |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  | 民 族 |  |
| 婚姻状况 |  | 最高学历 |  | 最高学位 |  |
| 毕业院校 |  | | 专 业 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号 |  | | E-mail |  | 联系方式 |  |
| 学习经历  （大学起） | 起止时间 | 毕业学校、学院（系）、专业 | | | | |
|  |  |  | | | | |
|  |  |  | | | | |
|  |  |  | | | | |
|  |  |  | | | | |
| 奖  励  及  成  果 |  | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |