附件1

**广元市朝天区人民医院公开招聘合同制临床医疗人员报名表**

应聘岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  | | | | | | 近期免冠  两寸彩照 |
| 户籍  所在地 |  | 性别 |  | 民族 |  | 政治  面貌 |  | |
| 学历 | 第一学历 |  | | 毕业院校 | |  | | |
| 最高学历 |  | |  | | |
| 所学专业 | |  | | | | | | | |
| 参加工  作时间 |  | 健康  状况 |  | 专业技术职务任职资格 | |  | | | |
| 联系  地址 |  | | | | | 固定电话 | |  | |
| 移动电话 | |  | |
| E-mail |  | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 现工作单位 | |  | | | | 职称  职务 | |  | |
| 个  人  简  历 | 起止年月 | 所在学校或单位名称 | | | | 学历/学位/专业 | | 职称/职务 | 备  注 |
| - |  | | | |  | |  |  |
| - |  | | | |  | |  |  |
| - |  | | | |  | |  |  |
| - |  | | | |  | |  |  |
| 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担全部责任。  报考人签名：　　　　　　　　　　　　　　　    　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 资格  审查  意见 | 审核人签字:  年　　月　　日 | | | | | | | | |