**衡水市第二人民医院**

**2021年选聘卫生专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 |  | | 出生  年月 |  | 民族 |  | | 近期小二寸  免冠照片 | |
| 籍 贯 | |  | | | | 婚否 | |  | 政治面貌 |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | 联系电话 |  | | |
| 详细通  讯地址 | |  | | | | | | 学历/学位 |  | | |
| 毕业时间、院校及专业 | |  | | | | | | | | | | | |
| 执业资格（职称）/取得时间 | |  | | | | | | | 执业范围 |  | | | |
| 现工作单位 | |  | | | | | | | | | | | |
| 本人身份 | | 应届毕业生[ ] 往届毕业生[ ] | | | | | | | 在职人员[ ] 其他人员[ ] | | | | |
| 学  习  工  作  经  历 | 起止时间 | | 毕业院校及专业 | | | | | | 学制 | | 学历 | | 证明人 |
|  | |  | | | | | |  | |  | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | |  |
| 本表所填写内容完全属实，如有虚假，一经查实，取消报名资格。  承诺人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

**注：1.学习工作经历从初中开始填写。2.此表硕士研究生及以上学历或具有中级及以上职称的人员填写。**