附件2

**成都市第七人民医院**

**2021年考核招聘工作人员报名登记表**

**报考岗位：**  **填表时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | 出生日期 | |  | | | 电子版照片（粘贴） |
| 民 族 | |  | | 籍 贯 | |  | | 政治面貌 | |  | | |
| 健康状况 | |  | | 职 称 | |  | | 是否规培 | |  | | |
| 最高学历 | |  | | 最高学历毕业院校 | |  | | | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 现住址 | |  | | | | | | 邮箱 | |  | | | |
| 教  育  经  历 | 起止时间 | | 学校名称 | | | | | | 专业 | | | 学历 | 学习方式 |
|  | |  | | | | | |  | | |  | □全日制 □非全日制 |
|  | |  | | | | | |  | | |  | □全日制 □非全日制 |
|  | |  | | | | | |  | | |  | □全日制 □非全日制 |
| 工  作  经  历 | 起止时间 | | 单位名称及等级 | | | | | | 科室 | | | | 职务 |
|  | |  | | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | | |  |
| 培训经历 | 起止时间 | | | | 培训机构 | | 培训内容 | | | | 完成情况 | | |
|  | | | |  | |  | | | | □结业 □在读 □上岗证书□执业资格 | | |
|  | | | |  | |  | | | | □结业 □在读 □上岗证书□执业资格 | | |
|  | | | |  | |  | | | | □结业 □在读 □上岗证书□执业资格 | | |
| 本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。  本人确认签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | 初审意见  经办人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 复审意见  经办人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

教育、工作、培训经历中起止时间格式为年.月（XX XX.XX-XX XX.XX）