|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  | 照 片 |
| 出生年月 |  | 参加工作时间 |  | 学历 |  |
| 民 族 |  | 有何特长 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 何时何校毕业于何专业（第一学历） |  |
| 何时何校毕业于何专业（最高学历） |  |
| 现工作单位及职称 |  |
| 职称资格证情况 | 已取得 ，取得时间： ； 未取得  |
| 是否规培 | 是，参加时间： ，结业时间 ： ； 否  |
| 报考岗位 |  | 是否接受岗位调剂 | 否 是，愿意接受医院统一调剂 |
| 个人简历 | (填写个人高中至大学教育经历和工作经历) |
| 主要社会关系 | 父亲 | 姓名 |  | 单位 |  | 联系电话 |  |
| 母亲 | 姓名 |  | 单位 |  | 联系电话 |  |
| 配偶 | 姓名 |  | 单位 |  | 联系电话 |  |
| 其它 | 姓名 |  | 单位 |  | 联系电话 |  |
| 资格审查意见 |  资格审查人： 审查时间： 年 月 日 |

考 生 报 名 登 记 表

附件二：