**临猗县第二人民医院自主招聘工作人员报名登记表**

应聘岗位专业 报名日期 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照 片 |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 |  |
| 政治面貌 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 专业 |  | | | 职称 |  | |
| 籍贯 |  | | | 现住址 |  | |
| 联系电话1 |  | | | 联系电话2 |  | |
| 学习经历 | 起止时间 | 毕业院校及专业 | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| 工作经历 | 起止时间 | 单位、科室及岗位 | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| 自我评价 |  | | | | | |

备注：学习经历从初中填起。

本人承诺，本人所填上述信息真实准确，如有不实，后果自负。

承诺人签名：