附件2

乐山市市中区肿瘤(第二人民)医院

公开招聘编制外卫生专业技术人员报名信息表

报考单位： 报名时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 照片 |
| 出生地 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 最高学历 |  | 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 学位 |  |
| 考生类型 |  | 学习类别 |  | 婚姻状况 |  |
| 身高 |  | 是否服从调配 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号 |  | 户口所在地 |  |
| 专技职称及取得时间 |  | 执业资格及取得时间 |  |
| 应聘岗位 |  | 联系电话 |  |
| 学习、工作经历 |  |
| 获得过何种专业证书，有何专长 |  |
| 家庭主要成员及工作单位、职务、电话 |  |
| 所受奖惩情况 |  |
| 本人承诺：以上所填报名信息属实。如有与报名条件不符，报名或聘用资格一律无效，且责任自负。承诺人签名： 年 月 日 |
| 资格审核结果及意见 |  |

填表说明：1.“所学专业”须与毕业证上专业一致，“考生类型”应为“应届”或“往届”，“学习类别”应为“全日制”或“非全日制”；

2.请勿修改表格格式，此表仅作A4单面打印。