**附件**

**栾川县人民医院医学影像专业应聘人员报名表**

|  |
| --- |
| 个人基本信息 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 身份证号 |  | 一寸免冠彩色照片 |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | 出生年月 |  |
| 第一学历（全日制） |  | 学位 |  | 学制 |  |
| 最高学历 |  |  学位 |  | 学制 |  |
| 婚姻状况 |  | 联系电话 |  | 现住址 |  |
| 当前是否就业 |  | 技术职称 |  | 职称晋 升时间 |  |
| 学习经历 |
|  | 开始时间 | 结束时间 | 学校名称 | 国别 | 专业大类 | 专业名称 | 学历认证验证码 |
| 高中阶段 |  |  |  |  | \ | \ | \ |
| 专科阶段 |  |  |  |  |  |  |  |
| 本科阶段 |  |  |  |  |  |  |  |
| 硕士阶段 |  |  |  |  |  |  |  |
| 博士阶段 |  |  |  |  |  |  |  |
| 工作经历 |
|  | 开始时间 | 结束时间 | 单位名称 | 职务 | 单位性质 | 个人档案所在地 |
| 经历一 |  |  |  |  |  |  |
| 经历二 |  |  |  |  |  |  |
| 经历三 |  |  |  |  |  |  |
| 家庭成员及主要社会关系情况 |
| 姓名 | 称谓 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位/所在学校 | 职务 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 其它情况 |
| 奖励情况 |  |
| 惩罚情况 |  |
| 本人承诺 : 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料、照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。 本人签名： 年 月 日 |
| 资格审核结果 |  |
| 资格审核意见 |  |