2024年湖北科技学院附属第二医院自主招聘

报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 民 族 |  | 登记照 |
| 出 生  年 月 |  | | 籍 贯 |  | | 政 治  面 貌 |  |
| 学 历 |  | | 学 位 |  | | 毕 业  时 间 |  |
| 毕业院校  及专业 |  | | | | | 从业资格证书 | 例：医师执业证 |
| 身份证  号 码 |  | | | | | 专业技 术职称 | 例：主管护师 | |
| 报考岗位 |  | | | | | 现工作单位及职务 |  | |
| 家 庭  地 址 |  | | | | | 联 系  方 式 |  | |
| 个人  简历  (从高中填起）) | 例：20xx.xx-20xx.xx 高中（或中专）就读于xx学校（xx专业）  20xx.xx-20xx.xx 大专就读于xx学校xx专业  20xx.xx-20xx.xx 本科就读于xx学校xx专业  20xx.xx-20xx.xx 硕士就读于xx学校xx专业  20xx.xx-20xx.xx xxx单位工作 | | | | | | | |
| 获奖及其他相关资质情况 |  | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员  （父母  配偶  子女） | 姓名 | 与本人关系 | | | 政治面貌 | 工作单位及职务（必须如实填写） | | |
|  |  | | |  |  | | |
|  |  | | |  |  | | |
|  |  | | |  |  | | |
|  |  | | |  |  | | |
| 其他  社会  关系  成员 | 与应聘人员存在以下关系，且为湖北科技学院附属第二医院在职职工的，必须如实填报，否则取消考试资格：  　　1、直系血亲关系（祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女）；  　　2、三代以内旁系血亲关系（伯叔姑舅姨、兄弟姐妹、堂兄弟姐妹、表兄弟姐妹、侄子女、甥子女）；  　　3、近姻亲关系（配偶的父母、配偶的兄弟姐妹及其配偶、子女的配偶及子女配偶的父母、三代以内旁系血亲的配偶）。 | | | | | | | |
| 姓名 | 与本人关系 | | | 政治面貌 | 工作单位及职务 | | |
|  |  | | |  |  | | |
|  |  | | |  |  | | |
| 初审  意见 | 审查人： （相关科室盖章）  年 月 日 | | | | | 复审  意见 | 审查人： （相关科室盖章）  年 月 日 | |