|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生年月 |  | | 1寸照片 | |
| 第一学历 |  | 毕业院校专业及时间 |  | | | | |
| 最高学历 |  | 毕业院校专业及时间 |  | | | | |
| 政治面貌 |  | 身份证号 |  | | | | |
| 取得专业资格证书名称  及取得时间 | |  | | 联系电话 | |  | | | |
| 残疾人证编号 | |  | | 证书取得时间 | |  | | | |
| 残疾类别 | |  | | 残疾等级 | | |  | | |
| 学习经历(高中填起) | 起止年月 | 毕业院校 | | 学历 | | | 所学专业 | | |
|  |  | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | |  | | |
|  |  | |  | |  | | | |
| 家庭情况 | 关系 | 工作单位 | | 姓名 | | 出生年月 | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
| 工作经历 | 工作时间 | 工作单位 | | 所在科室 | | 职务 | | | 职称 |
|  |  | |  | |  | | |  |
| **本人承诺：所填内容真实准确有效，如有不实之处，后果自负。**    **本人签名： 日期：** | | | | | | | | | |

**山东中医药大学第二附属医院定向残疾人招聘报名信息表**