商州区妇幼保健院

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 附本人近半年内的正面彩色免冠证件照（必须） |
| 出生年月 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 婚育状况 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号 |  | 应聘专业 |  |
| 专业技术资格 |  | 资格证书号 |  |
| 执业资格 |  | 执业证书号 |  |
| 第一学历 及专业 |  | 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 最高学历 及专业 |  | 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 现住地址 |  | **户籍所在地** |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 学习和工作经历 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

医护人员应聘申请报名表