附件2

达州市通川区人民医院招聘工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | | | 出生年月 | |  | | 照片 | |
| 民族 |  | 身高(cm) | |  | | | | 体重(kg) | |  | |
| 籍贯 |  | 参工时间 | |  | | | | | | | |
| 政治面貌 |  | 身份证号码 | |  | | | | | | | |
| 联系电话 |  | 家庭住址 | |  | | | | | | | |
| 初始学历 |  | 毕业院校及专业 | |  | | | | | | | 毕业时间 | |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校及专业 | |  | | | | | | | 毕业时间 | |  |
| 是否规培 |  | 规培专业 | |  | | | | 规培时间及单位 | | |  | | |
| 执业资格类别 |  | 专业技  术职务 | |  | | | | | | | 应聘岗位 | |  |
| 学  习  经  历 | 学历 | 起止时间 | | | | 毕业院校 | | | | | | | 专业 |
|  |  | | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | | |  | | | | | | |  |
| 工  作  经  历 | 起止时间 | | 工作单位及所在部门 | | | | | | | | | | 岗位 |
|  | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | |  |
| 主要家庭成员及社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | | | 年龄 | | 政治面貌 | | 工 作 单 位 及 职 务 | | | | |
|  |  | | |  | |  | |  | | | | |
|  |  | | |  | |  | |  | | | | |
|  |  | | |  | |  | |  | | | | |

**本人承诺以上所填内容真实、有效，如有虚假愿承担一切责任。**

**填表人： 年 月 日**

**资料审核人： 年 月 日**