**附件**

资阳市精神病医院考核招聘卫生专业技术人员报名表

报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生  年月 | （ 岁） | 二寸近期免冠照 片 | | |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出生地 |  |
| 参加工  作时间 |  | 职务＼职称 |  | 健康  状况 |  |
| 全日制  教育 | 学历 |  | 毕业院校系及专业 |  | | 是否取得住院医师规范化培训合格证书 | |  |
| 学位 |  |
| 成人教育 | 学历 |  |  | |
| 学位 |  |
| 毕业证书  编 号 |  | | 学位证编号 |  | | | | |
| 身份证  号 码 |  | | 联 系  电 话 |  | | | | |
| 家庭地址 |  | | | | E-mail | |  | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 奖惩  情况 |  | | | | | |
| 个人  特长  兴趣  爱好 |  | | | | | |
| 家庭  主要  成员  及主  要社  会关  系 | 称 谓 | 姓 名 | 年龄 | 政治面貌 | 是否有  回避关系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 单位  或主  管部  门意  见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 资格  审查  意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 备注 | 本人声明：上述填写内容真实完整。如不属实，本人愿承担一切责任。  签名： 年 月 日 | | | | | |