运城市中心医院

公开招聘卫生专业技术人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 一寸彩照 |
| 参加工作时间 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 工作单位 |  | 职务 |  |
| 报考岗位 |  | 专业技术职称 |  | 联系电话 |  |
| 第一学历（学位） |  | 毕业时间、院校及专业 |  |
| 第二学历（学位） |  | 毕业时间、院校及专业 |  |
| 最高学历（学位） |  | 毕业时间、院校及专业 |  |
| 身份证号码 |  | 执业资格及取得时间 |  |
| 学习和工作简历（从高中开始填写） |  |
| 业绩及奖励情况 |  |
| 家 庭主要成员 |  |
| 本人住址 |  |
| 备 注 | 　 |