**运城市中心医院**

**2020年公开招聘卫生专业技术人才报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员及工作单位 |  | | | | | | | | | | |
| 本人住址 |  | | | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | | |