|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **榆次区医疗集团应聘人员登记表** | | | | | | | |
| 填表日期： 年 月 日 | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 小  二  寸  红  底  照  片 | |
| 身份证号 |  | | | 政治面貌 |  |
| 联系电话 |  | | | 入党时间 |  |
| 户口地址 |  | | | 户口性质 | 农户 非农 |
| 邮 箱 |  | | | 婚姻状况 | 已婚 未婚 |
| 学 习 经 历 （高中起） | 学历 | 学位 | 专业 | | 毕业学校 | | 毕业时间 |
| 高中 |  |  | |  | |  |
| 大专 |  |  | |  | |  |
| 本科 |  |  | |  | |  |
| 工 作  简 历 | 工作单位 | | | 岗位 | 职务 | 起止时间 | |
|  | | |  |  |  | |
|  | | |  |  |  | |
| 报考单位 | |  | | 报考类别 | |  | |
| 资格证编号 | |  | | 执业证编号 | |  | |
| 资格审查  诚信承诺 | | 本人保证提交的个人信息和相关材料属实，若有不真实、不准确或弄虚作假，本人愿意随时接受聘用机构做出的相应处理并承担全部后果。  报名人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 资格审查  意见及审  查人 | | 审查人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 备注：1、报考单位：榆次区人民医院、榆次区妇幼、乡镇卫生院（名称）  2、报考类别：医、护、技、药 | | | | | | | |

附件2