|  |  |
| --- | --- |
| 附件2四川省成都市新津县2020年度面向社会公开考核招聘医疗卫生专业技术人才报名登记表 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 籍贯 |  | 照片 |  |
| 民族 |  | 出生年月 |  | 出生地 |  |  |
| 身份证号 |  | 婚姻状况 |  |  |
| 身体状况 |  | 身高 |  |  |
| 政治面貌 |  |  E-Mail |  |  |
| 应聘单位及岗位代码 |  |  |
| 现在住址 |  | 联系电话 |  |  |
| 现有学历  学位 |  | 就读院校及专业 |  |  |
| 执业资格名称 |  | 执业资格证书取得时间 |  |  |
| 获得荣誉和职称（技术）资格证书 |  |  |
| 个人特长  及自我评价 |  |  |
|  |
|  |
| 学习（工作）经历 |  |
| 起止时间 | 单位及职务 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 家庭成员 |  |
| 姓名 | 关系 | 单位、住址、职业 | 联系电话 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 是否服从调配 |  |  |
| 以上情况属实。本人签字： |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |