**山西省肿瘤医院2020年公开招聘工作人员报名表**

**报考岗位： 编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 性别 | |  | 未婚/已婚 | | | | 民族 | | |  | | 照  片  （粘贴） | |
| 籍 贯 | |  | | | | | | | 政治面貌 | | | |  | | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | 联系电话 | | | |  | | | | |
| 第一学历 | |  | | 毕业院校 | | |  | | | | | 毕业时间 | | |  | | |
| 所学专业 | | |  | | | | | 研究方向 | | |  | | |
| 最高学历 | |  | | 毕业院校 | | |  | | | | | 毕业时间 | | |  | | |
| 所学专业 | | |  | | | | | 研究方向 | | |  | | |
| 外语  分数 | | | CET-4 |  | | | 医师资格证取得时间 | | |  | | | | 规培合格证取得时间 | | | | |  |
| CET-6 |  | | |
| 人事档案所在地 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 学习工作简历 | 起止时间（从高中填起） | | | | | | | | 学校/单位 | | | | | | | | 专业/职务 | | |
| 年 月至 年 月 | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
| 年 月至 年 月 | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
| 年 月至 年 月 | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
| 年 月至 年 月 | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
| 家庭  成员 | 关系 | | | | 姓名 | | | | 工作单位及职务 | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| 本人承诺所提供的报名信息和材料真实、可靠、准确、有效，若有违反本人愿承担相应责任和后果。    签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格审核意见（首次审核）：    审核人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | 资格审核意见（二次审核）：    审核人： 年 月 日 | | | | | | | | |