**连山人民医院特设岗位应聘报名登记表**

填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | | 民族 |  | | | 出生  年月 |  | | | 照  片 |
| 参加工  作时间 |  | 政治面貌 | |  | | 身份证号 |  | | | | | | |
| 毕业院校 |  | | | | | | 学 历 | |  | | | | |
| 所学专业 |  | | | | | 毕业  时间 |  | | | | | 学 位 | |  |
| 职称 |  | | 取得时间 | |  | 执业资格 | |  | | | | 取得时间 |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | | 联系  电话 | | （座机） | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | （手机） | | |
| 报考岗位 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 工作  学习  经历（自高中起） |  | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭  成员  及其  主要  社会  关系 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 上级  主管  部门  资格  审查  意见 | 领导签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

应聘人员签名：