附件4

安顺市人民医院拟聘用硕、博士研究生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | | **照片** | |
| **民族** |  | **籍贯** |  | **政治面貌** |  | |
| **学历** |  | **学位** |  | **第一学历** |  | |
| **婚否** |  | **英语水平** |  | **计算机 水平** |  | |
| **毕业学校及时间** |  | | **专业方向** |  | | | | |
| **身份证号** |  | | **联系电话** |  | | **是否有 执业医师 资格** | |  |
| **报考专业及代码** |  | | | | | | | |
| **主要学习及工作经历、获奖情况** |  | | | | | | | |
| **发表论文及综述情 况** |  | | | | | | | |
| **审 核 意 见** | 审核人签名： 2017年 月 日 | | | | | | | |
| **备 注** |  | | | | | | | |