附件2： （ 近期1寸免冠照片2张粘贴处）

日照市中心医院2017年招聘人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | | |  | | 近期1寸免冠  彩色照片 |
| 民 族 |  | 户口所在地 | | |  | |
| 政治面貌 |  | 出生年月 | | |  | |
| 学 历 |  | 所学专业 | | |  | |
| 身份证号 |  | | | 执业资格  获得年月 | |  | |
| 毕业院校 |  | | | 工作单位及职务 | |  | |
| 电子邮箱 |  | | | 移动电话 | |  | |
| 报考具体岗位（临床科室医师职位的临床医学专业本科生填写报考职位） | | |  | | | | |
| 是否服从调剂（研究生不需填写） | | |  | | | | |
| 个人学习  工作简历 |  | | | | | | |
| 家庭成员及  主要社会关系 |  | | | | | | |
| 考 生  诚 信  承 诺 | 我已仔细阅读日照市中心医院2017年初级专业技术人员招聘的有关规定要求，理解其内容，符合报考条件。我郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明材料、证件等真实、准确，并自觉遵守招聘的各项规定，诚实守信，严守纪律，认真履行报考人员的义务。对因提供有关信息证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应的责任。  考生签名： 被委托人签名：  被委托人身份证号： | | | | | | |

审 核 人： 、