附件2

雷山县人民医院2017年下半年公开补充招聘

临床医生备案编制人员报名表

**报考岗位序号**： **报考岗位名称**：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 身高 |  | （照片粘贴处） |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | 健康状况 |  |
| 婚姻状况 |  | 联系电话 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 学历学位 |  | 毕业时间 |  |
| 计算机能力/级别 |  | 联系地址 |  |
| 专业技术职称资格名称 |  | 专业技术职称取得时间 |  |
| 外语能力（语种/程度） |  | 爱好/特长 |  |
| 是否在职在编人员 |  |
| 个人学习及工作简历（自高中起） | 起止时间 | 学习（工作）单位 | 学习或所从事工作 | 奖惩情况 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 报名信息确认：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。**报考人员签名**（请勿打印，须本人亲自签名）：**代报人员签名：** 年 月 日 |
| 报名审查意见 | 审查人签字: 年 月 日 | 备用照片粘贴处 |  |
| 备 注： |