附件2：

七台河市社区卫生服务中心招聘

医疗专业技术人员考生报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 民族 | |  | 照  片 | | |
| 出生年月 |  | | 政治面貌 |  | | 文化程度 | |  |
| 毕业院校 |  | | | | | | | |
| 所学专业 |  | | | | | 婚姻状况 | |  |
| 住院医师规范化培训  合格证书 |  | | | | | | | | | | |
| 专业技术职务（全科医学） |  | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | 邮政编码 | | |  |
| 身份证号 |  | | | | | 联系电话 | |  | | |  |
| 报考志愿 | 社区名称 | |  | | | | | | | | |
| 专业名称 | |  | | | | | | | | |
| 简  历 |  | | | | | | | | | | |
| 家庭成员情况 | 姓名 | 关系 | | | 所在单位 | | 职务 | | | 回避关系 | |
|  | | | | | | | | | | |
| 招聘部门  审核意见 | 招聘部门签字签章 年 月 日 | | | | | | | | | | |