附件2：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **铜川市人民医院2019年公开招聘**  **急需紧缺高层次医护等工作人员报名登记表** | | | | | | | | | | | |
| 应聘岗位 |  | | | | | | | 填表日期 | 2019 年 月 日 | | |
| 姓 名 |  | | 性 别 | | |  | | 婚否 |  | |  |
| 出生日期 |  | | 政治面貌 | | |  | | 民族 |  | |  |
| 身份证号码 |  | | | | | | | | | |
| 现住址（省市区/县） |  | | | | | | | | | |
| 现任职称 |  | | | | | | 取得时间 |  | | |
| 报考学历 |  | 学位 | |  | 毕业院校 | | |  | | 专业 |  |
| 工作单位 |  | | | | | | | 参加工作时间 | |  | |
| 联系电话 |  | | | | | | | 邮箱 |  | | |
| 个人简历 （含学习和工作简历） |  | | | | | | | | | | |
| 资格审查意见 | 审查人： 审查部门 （签字） （盖印） | | | | | | | | | | |
| **注：除“资格审查意见”外，其他栏目须应聘者如实填写。信息填报不实，一经查实，取消报名资格** | | | | | | | | | | | |