|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 | | | | | | |
| 盘锦市妇幼保健院2020年校园公开招聘医务人员报名登记表 | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片（2寸） |
| 身份证号 |  | | | 政治面貌 |  |
| 婚否 |  | 出生地 |  | 人事档案所在地 |  |
| 联络方式 |  | 规培情况 | 在培，结束时间；未规培 | | |
| 医师资格取得时间 | |  | | 专业技术资格及取得时间 | |  |
| 申报岗位 | （限报一个岗位） | | | | | |
| **学习经历** | | **时 间** | | **毕业院校及专业** | | **学位情况** |
| 本科 | | 至 | |  | | 有，学位；无 |
| 研究生 | | 至 | |  | | 有，学位；无 |
| **工作经历** | | **工作单位及科室** | | | | |
| 至 | |  | | | | |
| 至 | |  | | | | |
| 至 | |  | | | | |
| 荣誉及获奖情况 | |  | | | | |
| **诚信承诺** | 本人保证以上填写内容真实有效,否则，后果自负。   应聘人签名：   年 月  日 | | | **资格审查** | 审核意见：   审核人：   审核部门（盖章）：    年 月  日 | |

**注：自行A4纸打印。**