附件2

漯河市传染病医院（漯河市第七人民医院、漯河市结核病防治所）引进医疗卫生人才报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 彩色照片（1寸） |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 专业技术职务 |  |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  |
| 在校期间担任职务 |  | 有何专长 |  |
| 资格证名称 |  | 资格证种类及获得时间 |  |
| 拟应聘岗位 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 本科毕业院校及专业 |  |
| 硕士研究生毕业院校及专业 |  |
| 个人简历（学习工作） |  |
| 获得主要荣誉 |  |
| 家庭主要成员及社会关系 | 关系 | 姓名 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 承诺声明 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假， 所产生的一切后果由本人承担。报名人（签名）： 年 月 日 |