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 | | | | | | | | | | | |