2024年天门市第一人民医院公开招聘专业技术人才

报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 出生年月 |  | | 照 片 |
| 籍 贯 |  | 身 高 | |  | 体 重 |  | |
| 政治面貌 |  | | | 婚姻状况 | |  | |
| 应聘岗位 |  | | | 是否服从调剂 | |  | |
| 第一学历/学位 |  | 毕业时间及学校 | |  | | 所学专业 | |  |
| 本科学历/学位 |  | 毕业时间及学校 | |  | | 所学专业 | |  |
| 硕士学历/学位 |  | 毕业时间及学校 | |  | | 所学专业 | |  |
| 是否住院医师规范化培训 |  | 规培单位及  专业方向 | |  | | | | |
| 是否取得医师/护士资格证 |  | 取得医师/护士资格证时间 | |  | | | | |
| 工作经历 |  | | | | | | | |
| 现居住址 |  | | | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | | | |
| 直系亲属  姓名、电话 |  | | | | | | | |
| 配偶或男/女  朋友情况 | 姓名 | | 学历 | 毕业时间及学校 | | | 所学专业 | |
|  | |  |  | | |  | |
| 本人承诺 | 本人所填信息真实，如有虚假，责任自负。  签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| 单位审核意见 | 审核意见：  　　　　　　　　 审核人： | | | | | | | |