|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2： 西宁市城北区大堡子镇中心卫生院应聘人员信息登记表** | | | | | | | | | | | | |
| 应聘岗位： □妇产科执业医师 填表日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 出生日期 | |  | | | 照   片 | |
| 政治面貌 |  | | 籍贯 | |  | 民族 | |  | | |
| 联系电话 |  | | 电子邮箱 | |  | 微信号 | |  | | |
| 最高学历 |  | | 婚姻状况 | |  | 健康状况 | |  | | |
| 毕业院校 |  | | | | | 专业 | |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | | 紧急联系人 | | | | |  | |
| 家庭地址 |  | | | | | 紧急联系人电话 | | | | |  | |
| 教育背景 | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | 毕业院校 | | | | | | 专业 | | 获得学历/证书 | | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | | |
| 工作经历 | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | 工作单位 | | | | | 职位 | | | 证明人及电话 | | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | |  |
|  |  | | | | |  | | |  | | |  |
| 家庭状况 | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 关系 | | | 工作单位及职务 | | | | | | 联系电话 | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | |
| 基本技能 | | | | | | | | | | | | |
| 计算机操作 | | Word □ Excel □ Powerpoint □ Photoshop □ 其他 | | | | | | | | | | |
| 普通话 | | 精通□ 熟练□ 良好□ 一般□ | | | | | 英语 | | | 精通□ 熟练□ 良好□ 一般□ | | |

兹声明本人在此“应聘人员信息登记表”上所填报的内容属实，愿接受贵院查询，虚报，贵院可随时解除劳动合同，并不给予任何经济补偿。

申请人签名：