

附件：

大连市第七人民医院公开招聘合同制人员报名登记表

应聘岗位名称：_____

姓 名		身份证号				近期彩色 1 寸照片
出生日期		性 别		民 族		
政治面貌		外语水平		婚姻状况		
联系电话		学历		学位		
毕业院校		所学专业		毕业时间		
户籍所在地（市）				是否与报考单位人员存 在亲属关系		
学习经历 (自高中起)	起止年月		毕业学校		专业	培养方式（全日 制、函授、自考等）
工作经历	起止年月		工作单位		科室（部门）	职务
家庭成员情况	与本人关系	姓名	年龄	工作单位		职务
诚信承诺	本人承诺以上填写的内容及提供的证件真实、有效。 考生本人（手写签名）：_____年 月 日					