|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **准旗人民医院优质卫生人才引进报名登记表** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 姓名 |  |  | 性别 |  | 民族 |  | 户籍所在地 |  |  |
| 出生 年月 |  | 政治 面貌 |  | 最高学历 |  | 学位 |  |
| 执业资格及时间 |  | 专业技术 职务及时间 |  |
| 参加工作时间 |  | 身体健康状况 |  |
| 身份 证号 |  | 联系电话 |  |
| 有何特长 |  |
| 学历经历 | 起止时间 | 毕业院校 | 专业 | 学历/学位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历 | 起止时间 | 单位 | 从事何种专业技术工作 | 职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 培训经历 | 起止时间 | 专业或主要内容 | 学习地点 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |