附件

彝良县医共体洛泽河分院招聘人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面 貌 |  | 身高（cm） |  | |
| 毕业学校 |  | | | 学 历 |  | | |
| 专 业 |  | | | 学 位 |  | | |
| 籍 贯 |  | | | 婚姻状况 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | 邮政编码 |  | |
| 身份证号码 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 资格证情况 |  | | | | | | |
| 应聘岗位 |  | | | | 电子邮箱 |  | |
| 主要技能 |  | | | | | | |
| 简历（含培训、实践经历） |  | | | | | | |
| 自我评价 |  | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |