附件2

滨州市卫生健康系统医疗卫生机构急需紧缺专业人才2024年度“一站式”校园招聘报名登记表

序号： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 民族 |  | 出生  年月 |  | 上传1寸近期  免冠彩色正面  标准证件照片 |
| 籍贯 |  | 户籍  所在地 |  | | 健康  状况 |  | 婚姻  状况 |  |
| 政治  面貌 |  | 参加组  织时间 |  | | 是否  应届毕业生 |  | 毕业  时间 |  |
| 身份  证号 |  | | | | 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业学校  及院系 |  | | | | 所学  专业 |  | 专业  方向 |  |
| 家庭住址 | |  | | | | | 联系  电话 |  | |
| 应聘单位 | |  | | | | | 岗位名  称及  代码 |  | |
| 学习及工作经历 | 例: 2003.09-2008.07 滨州医学院临床医学专业学习 | | | | | | | | |
| 家庭  成员  及其  主要  社会  关系 | 关系 | 姓名 | | 单 位 | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
| 备注(符合  应聘岗位  要求的其  他条件) |  | | | | | | | | |
| 资格审查意见：  学校(院系)(盖章) 应聘人员(签字)： 审查意见：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | |