附件

**大连市第二人民医院公开选聘工作人员报名登记表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 性别 |  | 民族 |  | 出生日期 |  | 政治面貌 |  |
| 户口所在地 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  | 学位类型 |  |
| 外语语种 |  | 等级水平 |  | 所学专业 |  |
| 专业技术职称 |  | 研究方向 |  |
| 爱好和特长 |  | 联系电话 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 学习工作经历 | （从高中填起） |
| 诚信承诺 | 本人承诺以上填写的内容均真实有效，如与实际情况不符，后果自负。考生本人签名：年 月 日 | 资格审查意见 | 审查人： 审查部门：年 月 日 |
| 备注 |  |