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 |  | | | | | | | |