附件2：

运城市口腔卫生学校附属口腔医院2024年公开招聘编制外专业技术

工作人员报名登记表

 填表时间：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 报名岗位 |  | 一寸近照 |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 学历/学位 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业学校 |  |
| 所学专业 |  | 研究方向 |  |
| 政治面貌 |  | 籍 贯 |  |
| 参加工作时间 |  | 现工作单位 |  |
| 执业资格及取得时间 |  | 现最高专业技术资格及取得时间 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 简历 | 起止时间 | 学习/工作单位(从大学填起） | 专业/职位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 主要家庭成员情况 | 姓 名 | 关系 | 年龄 | 文化程度 | 现工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 获奖及科研情况 | （附相应复印件） |
| 招聘单位资格审查意见 | 签名： 年 月 日 |
| 备注 | 1. 应聘人员填写此表，即代表所填写的资料真实可靠。如弄虚作假，单位一经查实，可随时取消其应聘资格；被聘用后可随时终止聘用合同，且单位不承担任何责任。2. 应聘人员保证所提供的联系方式确保可以找到本人，否则后果自负。  签 名： |