附件2

石城县卫生健康总医院人民医院编外人员公开招聘报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （贴照片处） |
| 户籍所在地 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号码 |  |
| 执业资格 |  | 执业资格取得时间 |  |
| 毕业院校、学历及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 原工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 报考单位及职位 |  | 既往病史 |  |
| 个人简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 承诺 | 本人郑重承诺此表所填内容全部真实，如有隐瞒或提供虚假信息，个人承诺，愿意承担所有责任。本人签名： |
| 资格审查意见 |  与招聘条件相符。 审查人签名： |