附件2

通辽市科尔沁区第一人民医院

2024年补充招聘专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 　 | 性别 |  | 民族 |  | 白底彩照 |
| 出生日期 |  | 身份证号 |  |
| 报考岗位 |  |
| 联系电话 |  | 常用邮箱 |  |
| 最高学历及毕业时间 |  | 毕业学校所学专业 |  |
| 专业技术职称 |  | 医师执业证书注册执业范围 |  |
| 是否具有住院医师规范化培训合格证书 |  | 规培专业 |  |
| 户籍所在地 |  | 现工作单位 |  |
| 个人简历高中至今学习、工作经历（起止年月上下连接，不得有空档期） |  |
| 相关职能科室审核人签字 |  |
| 纪检监察室审核人签字 |  |
| 人事科审核人签字 |  |