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 |  | | | | | | |