附件2：

2020年大连市中山区招聘社区卫生机构

非事业编制医护人员报名登记表

**报名序号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 身份证号 |  | | | 照  片 |
| 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 |  | | | 学位类型 |  | | 毕业时间 |  |
| 外语语种 |  | 等级水平 | |  | 所学专业 |  | | |
| 专业技术  职称 |  | | | | 研究方向 |  | | |
| 工作单位 |  | | | | 联系方式 |  | | |
| 应聘单位 |  | | | | 应聘岗位 |  | | |
| 工  作  经  历 |  | | | | | | | |
| 何  时  何  地  受  过  何  种  奖  励 |  | | | | | | | |