|  |
| --- |
| **榆次区医疗集团应聘人员登记表** |
| 填表日期： 年 月 日 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 一寸红底照片 |
| 身份证号 |  | 政治面貌 |  |
| 联系电话 |  | 入党时间 |  |
| 户口地址 |  | 户口性质 | 农户 非农 |
| 邮 箱 |  | 婚姻状况 | 已婚 未婚 |
| 学 习经 历 （高中起） | 学历 | 学位 | 专业 | 毕业学校 | 毕业时间 |
| 高中 |  |  |  |  |
| 大专 |  |  |  |  |
| 本科 |  |  |  |  |
| 工 作简 历 | 工作单位 | 岗位 | 职务 | 起止时间 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 报考单位 |  | 报考类别 |  |
| 资格证编号 |  | 执业证编号 |  |
| 资格审查诚信承诺 |   本人保证提交的个人信息和相关材料属实，若有不真实、不准确或弄虚作假，本人愿意随时接受聘用机构做出的相应处理并承担全部后果。 报名人签字： 年 月 日 |
| 资格审查意见及审查人 |    审查人签字： 年 月 日 |
| 备注：1、报考单位：榆次区人民医院、榆次区妇幼、乡镇卫生院（名称） 2、报考类别：医、护、技、药  |

附件3