**附件：2**

滨州市中心医院公开招聘工作人员岗位报名登记表

序号： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | 照片 |
| 户籍所在地 |  | 出生年月 |  | 是否应届毕业生 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 是否有执业证 |  | 是否有规范化培训或二级医院工作经历 |  |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 工作学习简历 |  |
| 家庭成员及其主要社会关系 | 关系 | 姓名 | 单 位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 备注 |  |
|   身 高： 体 重： 审查人员签名： |
| 资格审查意见：  审查人员签名： 年 月 日 |