|  |
| --- |
| 附件2 |
|  **高州市人民医院长坡分院招聘专业技术人员报名表** |
| 报考单位： 报考岗位： 职位代码： |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |  贴 相 片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 现户籍地 |  省 市（县） | 婚姻状况 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |  邮 编 |  |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |  |
| 所学专业 |  | 学历及学位 |  |  |
| 外语水平 |  | 计算机水平 |  |  |
| 工作单位 |  | 单位性质 |  |  |
| 裸视视力 |  | 矫正视力 |  |  身 高 |  |
| 专业技术资格 |  | 职业资格 |  | 执业资格 |  |
| 基层工作情况及考核结果 |  |
| 学习、工作经历（何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从中学开始，按时间先后顺序填写 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  家 庭 成 员 及 主 要 社 会 关 系 |  姓名 |  与本人关系 |  工作单位及职务 |  户籍所在地 |
|  |  |  |  |
|  有 何 特 长 及 突 出 成 绩 |  |
|  奖 惩 情 况 |  |
|  审 核 意 见 |  审核人： 审核时间： 年 月 日 |
|
|  备 注 |  |
|  说明：1.此表用A4纸双面打印； |
|  2.此表如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。 |