附件2：

广安市广安区妇幼保健院应聘人员登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | 民 族 |  | | 贴照片  （一寸彩照） |
| 出 生  年 月 | |  | | 政 治  面 貌 | |  | 籍 贯 |  | |
| 健康状况及身高 | |  | | 毕业时间 | |  | 所学专业 |  | |
| 最高学历  及学位 | |  | | 应聘岗位 | |  | 是/否  服 从 调 剂 |  | |
| 毕业院校 | |  | | | | 身份证号 |  | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | 专业技术资格及取得时间 | |  | |
| 学习经历(含规培经历) | 起止时间 | | | | 学校名称及专业 | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
| 实习单位 | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭  主要  成员 | 关系 | 姓 名 | 工作单位及职务 | 政治面貌 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 奖 惩  情 况 | |  | | | |
| 有 何  特 长 | |  | | | |
| 本人保证上述表格中所填内容完全真实，如有虚假，愿意承担一切责任。  申请人签名：  年 月 日 | | | | | |

注：此表信息仅供本院人事审查用。