**南部健康医疗集团合同制卫技人员报名登记表**

报考岗位： 　准考证号（由工作人员填写）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 出生年月 | 政治面貌 | 籍贯 | 民族 | 英语 | 照片粘贴处 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 家庭住址 | | | 身份证号 | | | 联系电话 |
|  | | |  | | |  |
| 第一  学历 | 学历 | 专业 | 毕 业 院 校 及 时 间 | | | | |
|  |  |  | | | | |
| 现学历 | 学历 | 专业 | 毕 业 院 校 及 时 间 | | | | |
|  |  |  | | | | |
| 执业证书名称 | 职 称 | 参加工  作时间 | 现 工 作 单 位 | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | |
| 特长  爱好 |  | | | | | | |
| 个人简历（从初中填起） |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 本人承诺对所填内容及提供的证明材料的真实性负责，如有虚假，则自愿放弃报名资格。    本人签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| **以下由工作人员填写** | | | | | | | |
| 审核  意见 | 签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |