报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **报 名 登 记 表** | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 一寸免冠  证件照 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业学校 |  | | |
| 毕业专业 |  | 身份证号码 |  | | |
| 技术职称 |  | 取得时间 |  | 联系电话 |  | |
| 学  习  简  历 |  | | | | | |
| 工  作  简  历 |  | | | | | |
| 个人承诺 | 本人承诺如实填写以上内容，如因个人填写失实或有误，一切后果自行承担。  承诺人： | | | | | |
| 报名结果  （由医院人事科填写） | 审核人签名： | | | | | |