附件二：

|  |
| --- |
| **铜川市人民医院长期招聘医护人员报名登记表** |
| 应聘岗位 |  | 填表日期 |  年 月 日 |
| 姓 名 | 　 | 性别 | 　 | 身高 | 　 | 照片 |
| 出生日期 | 　 | 政治面貌 | 　 | 民族 | 　 |
| 身份证号码 | 　　 | 现住址（省市区/县） | 　 |
| 现任职称 |  | 任职时间 |  |
| 婚否 | 　 | 配偶毕业院校及专业　 |  |
| 学历学位 | 第一学历 |  | 学位 |  | 毕业院校 |  | 专业 |  | 毕业时间 | 　 |
| 最高学历 |  | 学位 |  | 毕业院校 |  | 专业 |  | 毕业时间 |  |
| 工作单位 | 应届毕业生无需填写 | 参加工作时间 | 应届毕业生无需填写 |
| 联系电话 | 　 | 邮箱 | 　 |
| 个人简历（含学习和工作简历） | 　 |
| 资格审查意见 | 审查人： 审查部门（签字） （盖印） |
| **注：除“资格审查意见”外，其他栏目须应聘者如实填写。** |