|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |  照片 |
| 身份证号码 |  | 民族 |  | 婚姻状况 |  |
| 已婚人员填写 | 未孕（ ） 已孕（ ）月 未育（ ） 已育（ ）胎 哺乳期（ ）月  | 身高（cm） |  |
| 证书考取 | 考试时间： 是否合格： |
| 取得时间： 证书编号： |
| 户口所在地 |  |
| 现住址 |  |
| 联系电话1 |  | 联系电话2 |  |
| 学历 | 本科： 年 月至 年 月 校 专业毕业证编号： |
| 专科： 年 月至 年 月 校 专业毕业证编号： |
| 工作经历 | 是否在职：是（）否（） | 单位： |
| 以往工作经历 |  |
| 本人承诺： 所提供的个人信息和证明材料真实准确，对因提供有关信息、证件不实或违反有关规定造成的后果，责任自负。 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人签字： |

**附件2 麻栗坡县人民医院招聘报名登记表**

 填表时间：　 　年　 月 日

注：有括号的在相应的括号内划（√）；不符合本人情况的项目，在空白处写“无