附件：

**内蒙古自治区肿瘤医院公开招聘临床医师报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 学历 |  | 应聘岗位 |  |
| 身份证号码 |  |
| 户籍所在地及家庭地址 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 入学及毕业时间 |  |
| 现取得职称名称 |  | 职称取得时间 |  | 职称证书编号 |  |
| 执业资格证书取得时间 |  | 证书编号 |  | 现注册地点 |  |
| 固定电话 |  | 移动电话 |  |
| 个人简历 |  |
| 信息确认 | **本人确认以上所填报个人信息正确无误。**本人签名： 年 月 日 |
| **备 注** |  |