东辽县人民医院第一分院（脑科医院）公开招聘

同工同酬卫生专业技术人员考试报名表 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照片（小二寸） |
| 出生年月 |  | 政治面貌（党员或群众） |  | 学 历 |  |
| 毕业院校 |  | 是否服从调剂 |  |
| 所学专业 |  |
| 执业资格证书名称 |  | 婚姻状况 |  |
| 家庭地址 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 报考单位 |  | 岗位名称及代码 |  |
| 个人简历（包括学习经历和社会工作经历） |  |
| 家庭成员情况 | 姓 名 | 关 系 | 所在单位 | 职 务 |
|   |

备注：以上信息填写考生需打印，手写无效！