附件2

报 名 登 记 表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 籍贯 |  | 出生年月 |  | （免冠照片） |
| 工作单位（详细到科室） |  |
| 家庭现居住地址 |  |
| 医院性质（公立/民营） |  | 医院等级 |  | 行政职务 |  |
| 政治面貌 |  | 身份证号 |  |
| 最高学历 |  | 毕业学校及专业 |  | 毕业证书编号 |  |
| 最高学位 |  | 授予单位 |  |
| 开始临床工作时间 |  | 专业技术职称及获得时间 |  |
| 应聘单位、岗位 |  符合条件： |
| 联系手机 |  | 固定电话 |  | 微信号 |  |
| 学习经历（从大学开始） |  |
| 工作经历（时间、单位、职务或职称） |  |
| 主要获奖情况 |  |
| 主要社会任职 |  |
| 主要工作业绩（1500字左右） |   |
| 应聘承诺 | **本人郑重承诺：以上填写信息均真实有效，如有伪造、剽窃等弄虚作假行为，本人自行承担相应法律责任，用人单位有权解除聘用合同。** **签名： 日期：**  |

**备注：**此表一式二份，签名处由应聘本人亲笔填写。