附件1

**广元市朝天区人民医院公开招聘合同制临床医疗人员报名表**

应聘岗位：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  | 近期免冠两寸彩照 |
| 户籍所在地 |  | 性别 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 | 第一学历 |  | 毕业院校 |  |
| 最高学历 |  |  |
| 所学专业 |  |
| 参加工作时间 |  | 健康状况 |  | 专业技术职务任职资格 |  |
| 联系地址 |  | 固定电话 |  |
| 移动电话 |  |
| E-mail |  | 邮政编码 |  |
| 现工作单位 |  | 职称  职务 |  |
| 个人简历 | 起止年月 | 所在学校或单位名称 | 学历/学位/专业 | 职称/职务 | 备  注 |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担全部责任。报考人签名：　　　　　　　　　　　　　　　    　年　　月　　日 |
| 资格审查意见 | 审核人签字: 年　　月　　日 |