孝感市中心医院招聘(医疗卫生专业)报名登记表

报名时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 相 片 |
| 学 历 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 专业技术资格证 |  | | | 证书编号 |  |
| 何时何院校  何专业毕业 |  | | | 毕业证号码 |  | |
| 联系方式 |  | | | 身份证号码 |  | |
| 个人学习  和工作简  历及奖励 | 本人签字（对提供的信息真实负责）： | | | | | |
| 报名审查意见 | 年 月 日 | | | | | |
| 纪检科审查意见 | 年 月 日 | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | |