附件：

烟台市奇山医院招聘派遣制人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | | | 出生年月 |  | | 1寸免冠照片 |
| 籍贯 | |  | | 政治面貌 | |  | | | 婚姻状况 |  | |
| 全日制  学历 | |  | | 毕业院校 | |  | | | 联系方式 |  | |
| 最高  学历学位 | |  | | 毕业院校 | |  | | | 身份证号 |  | | |
| 执业资格取得时间 | |  | | | | | | | 执业资格证书编号 |  | | |
| 实习单位 | |  | | | | | | | | | | |
| 学  习  经  历 | 学历/  学位 | | | 起止年月 | | | 毕业院校 | | | | | 所学专业 |
| 初中 | | |  | | |  | | | | |  |
| 高中 | | |  | | |  | | | | |  |
| 大专/大学 | | |  | | |  | | | | |  |
| 工  作  经  历 | 工作起止年月 | | | | 工作单位 | | | | | | 所在科室 | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
| 家  庭  主  要  成  员 | 关系 | | 姓名 | | 出生年月 | | | 政治面貌 | | | 工作单位 | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | |
| **本人承诺：上述所填内容真实准确有效，如有不实之处，本人承担一切后果。**    本人签名： 日期： | | | | | | | | | | | | |