附件2

**广安市前锋区人民医院应聘人员登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | 出 生  年 月 | |  | | 2寸彩色  免冠照片 |
| 民 族 | |  | | 籍 贯 | |  | | 出生地 | |  | |
| 政 治  面 貌 | |  | | 身份证  号 码 | |  | | 执业资格 | |  | |
| 学历  学位 | | 全日制  教 育 | |  | | 毕业院校、专业及毕业时间 | |  | | | | |
| 最 高  教 育 | |  | | 毕业院校、专业及毕业时间 | |  | | | | |
| 应聘岗位 | | |  | | 是否服从调剂 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 学 习  经历（含各类培训经历） |  | | | | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 实习单位 |  | | | | | | | | | | | |
| 本人保证上述表格中所填内容完全真实，如有虚假，愿意承担一切责任。  申请人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

注：此表信息仅供本院人事审查用。