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。