**附件2：**

大冶市灵乡卫生院招聘合同制康复技师

报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 出生年月  ( 岁) | ( 岁) |  |
| 民 族 | |  | 籍 贯 |  | | |
| 入 党  时 间 | |  | 参加工作时间  作时间 |  | 健康状况 |  |
| 专业技术职称 | |  | | 取得等级时间 |  | |
| 学 历  学 位 | | 全日制学历  学位 |  | | 毕业院校、专业、起止时间 |  | |
|
| 最高学历  学位 |  | | 毕业院校、专业、起止时间 |  | |
|
| 现居住地址 | | |  | | | | |
| 手 机 号 码 | | |  | | 身 份 证  号 码 |  | |
| 简  历 |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 奖  惩  情  况 |  | | | | |
| 家  庭  主  要  成  员  及  重  要  社  会  关  系 | 称 谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政 治  面 貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 其他需要说明的情况 |  | | | | |
| 本人签字确认 | 签名（手签）： 年 月 日 | | | | |