**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 |