# 附件2：

# 大冶市人民医院2024年卫生专业技术人员

# 招聘报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | （一寸电子照片） |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 家庭住址 |  |
| 手机号码 |  | 身份证号码 |  |
| 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 |  |
|
| 是否为往届生 |  | 最高学历是否为全日制学历 |  |
| 规培单位及起止时间（非规培生可不填写） |  |
| 专业技术职称及取得时间 |   | 执业范围（按执业证填写） |   |
| 报考岗位名称及岗位编码 |  |
| 研究生研究方向（仅研究生填写） |  | 研究生导师姓名及联系方式 |  |
| 学习简 历 | （从高中填起，包括实习）  |
| 工作经历 | （往届生填写并说明是否购买了保险） |
| 本人签字确认 | 签名：  |