# 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： | | | | | | | |