附件2

**浮山县医疗集团应聘人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 | 照片 |
| 身份证号码 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 | 　 | 学位 | 　 | 毕业时间 |  |
| 毕业学校及专业 |  |
| 家庭详细地址 | 　 | 联系方式 |  |
| 应聘岗位 |  |
| 学习经历 |  |
| 实习及工作经历 |  |
| 其他需要说明的问题 | 1. 是否服从单位安排
2. 其他事项
 |
| 填表说明 | 1.此表相关内容由本人按要求如实填写。发现弄虚作假的，取消报名或聘任资格，后果由考生负责。2.字迹清楚，不得涂改。报名表上交后一律不予更改。 |

**本人确认签名：**