附件：

**内蒙古自治区肿瘤医院应聘人员资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 学历 |  | 报考岗位 |  |
| 身份证号码 | |  | | | |
| 户籍所在地及家庭地址 | |  | | | | |
| 毕业院校、专业及时间 | |  | | | | |
| 执业资格  取得时间 |  | 证书编号 |  | | 现注册地点 |  |
| 固定电话 |  | | 移动电话 |  | | |
| 简 历 |  | | | | | |
| 医院  审核  意见 |  | | | | | |