附件2：

|  |
| --- |
| **铜川市人民医院2020年****第二批公开招聘急需紧缺高层次医护人员报名登记表** |
| 应聘岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 身高 |  | 一寸近照 |
| 出生日期 |  | 政治面貌 |  | 民族 |  |
| 身份证号码 | 　　 | 现住址（省市区/县） | 　 |
| 现任职称 |  | 任职时间 |  |
| 婚否 |  | 健康情况　 |  |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 报考岗位要求的学历与学位 | 学历 |  | 学位 |  | 毕业院校 |  |
| 专业 |  | 毕业时间 |  |
| 工作单位 |  | 医院等级 |  |
| 个人简历（含学习和工作简历） |  |
| 资格审查意见 | 审查人： 审查部门（签字） （盖印） |
| **注：除“资格审查意见”外，其他栏目须应聘者如实填写。** |