附件2

**成都市第七人民医院**

**2021年考核招聘工作人员报名登记表**

**报考岗位：**  **填表时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  | 电子版照片（粘贴） |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 健康状况 |  | 职 称 |  | 是否规培 |  |
| 最高学历 |  | 最高学历毕业院校 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 现住址 |  | 邮箱 |  |
| 教育经历 | 起止时间 | 学校名称 | 专业 | 学历 | 学习方式 |
|   |  |  |  | □全日制 □非全日制 |
|  |  |  |  | □全日制 □非全日制 |
|  |  |  |  | □全日制 □非全日制 |
| 工作经历 | 起止时间 | 单位名称及等级 | 科室 | 职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 培训经历 | 起止时间 | 培训机构 | 培训内容 | 完成情况 |
|  |  |  | □结业 □在读 □上岗证书□执业资格 |
|  |  |  | □结业 □在读 □上岗证书□执业资格 |
|  |  |  | □结业 □在读 □上岗证书□执业资格 |
| 本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。 本人确认签字： 年 月 日 |
| 审核意见 | 初审意见经办人： 年 月 日 |
| 复审意见经办人： 年 月 日 |

教育、工作、培训经历中起止时间格式为年.月（XX XX.XX-XX XX.XX）