附件

会理市人民医院

2025年编外招聘医疗专业技术人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月****（年龄）** | **（ 岁）** | **贴****二****寸****照****片** |
| **民族** |  | **籍贯** |  | **意向专业** |  |
| **文化****程度** | **全日制****教 育** |  | **毕业院校****及专业** |  |
| **在 职****教 育** |  | **毕业院校****及专业** |  |
| **现工作单位及职务（专业及职称）** |  |
| **身份证号码** |  | **联系电话** |  |
| **简历（从高中开始不间断填写）** |  |
| **家庭****主要****成员****及重****要社****会关****系** | **称谓** | **姓名** | **年龄** | **政治面貌** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **何时何地受过何种奖励处分** |  |
| **本人承诺并签名** | **（手写以下内容：以上信息属实。）****签名： 时间： 年 月 日** |