|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **铜川市人民医院（西北大学附属铜川医院）招聘专业技术人员报名登记表** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | | 性别 | |  | | | 身高 | |  | | | 照片 | |
| 出生日期 | |  | | | 政治面貌 | |  | | | 籍贯 | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | 现住址（省市区/县） | |  | | |
| 现任职称 | |  | | | | | | 任职时间 | |  | | | | |
| 婚否 | |  | | | 配偶毕业院校及专业 | | | | |  | | | | |
| 学历  学位 | 第一学历 |  | 学位 |  | | 毕业院校 | | |  | | 专业 | |  | | 毕业时间 |  |
| 最高学历 |  | 学位 |  | | 毕业院校 | | |  | | 专业 | |  | | 毕业时间 |  |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | 参加工作时间 | | | |  | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | 邮箱 | |  | | | | |
| 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。** | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件一：