附件2：

邵东市人民医院2024年度编外

合同制专业技术人员招聘报名登记表

报考科室： 报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | | 贴  相  片  处 |
| 出生年月 |  | 身 高 |  | 婚否 | |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  | | | |
| 所学专业 |  | 全日制最高学历 |  | | | |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  | | | |
| 身份证号码 |  | | 出生地 | | | |  |
| 家庭住址 |  | | 联系电话和  电子邮箱 | | | |  |
| 执业证名称 |  | | 获取执业证时间 | | | |  |
| 个人学习及工作简历 | | | | | | | |
| 所获荣誉 | | | | | | | |
| 本人承诺：本人所提供资料属实，否则后果自负。  　　　　　　　　　　　签名： 年 月 日 | | | | | | | |
| 资格审查意见：  审查人签名： 年 月 日 | | | | | | | |

网上报名邮箱：997246323@qq.com