**附件2：**

隆昌市胡家镇中心卫生院

2025年自主招聘医务工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考单位 |  | | | | | | | | | | | | |  |
| 报考岗位 |  | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | | 性别 | |  | 出生年月日 | | | |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | 政治面貌 | | | |  | | |
| 所受教育  类型 |  | 学历 | |  | | 毕业院校 |  | | 学位（如不具备填“无”） | |  | | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | |
| 执业资格 |  | | | 资格证(注册范围) | | | | |  | | | | | |
| 是否属在职人员 |  | | | 实习医院 | | |  | | | | | | 工作年限 |  |
| 职 称 |  | | | 专业特长 | | |  | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | | | | | | | 邮编 |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | | | 备注 |  | |
| 本人学习或工作经历(须注明岗位要求的其它条件) |  | | | | | | | | | | | | | |
| 主要社会  关系 | 姓名 | | 性别 | | 出生年月 | | | 现工作单位及职务或职称 | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | | | |
| 隆昌市胡家镇中心卫生院人事科审核意见 | 审核人：  年 月 日 | | | | | | | 隆昌市胡家镇中心卫生院单位意见 | | 审核人：  年 月 日 | | | | |

**说明：** 1、此表由报考者本人填写，并经招考单位初审，完善报名手续；

2、请报考者如实详尽真实准确地填报个人资料，如所填信息与事实不符，或提供虚假材料的，将取消报考资格，后果由报考者自负。

考生签名： 年 月 日