附件3：

**2025年内蒙古乌兰察布市化德县人民医院使用“组团式”帮扶核增编制公开招聘专业技术人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | |  | 民族 |  | 近期2寸 免冠照片 | |
| 政治  面貌 | |  | | | 出生 年月 | |  | 联系  电话 |  |
| 身份证号码 | | | |  | | | | | |
| 户籍地 | | | |  | | | | | |
| 现居住地址 | | | |  | | | | | | | |
| 学历学位 | 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 | | |  | | | | | | 从事现  工作时间 | | 年 月 日 |
| 报考人员 类型 | | |  | | | | | | | | |
| 学  习  简  历 | | |  | | | | | | | | |
| 工  作  简  历 | | |  | | | | | | | | |