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 |  |