**附件2**

自贡市贡井区中医医院应聘报名表

 **考生签名： （请如实详尽真实准确地填报）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **应聘岗位** |  | **照片** |
| **性别** |  | **年龄** |  | **出生年月** |  |
| **民族** |  | **身高** |  | **籍贯** |  |
| **身份证号码** |  | **政治面貌** |  |
| **毕业时间** |  | **学历** |  | **学位** |  |
| **毕业院校及专业** |  |
| **是否属在职人员** |  | **工作年限** |  |
| **职称** |  | **执业资格** |  | **任职年限** |  |
| **联系电话** |  | **邮编** |  |
| **通讯地址** |  | **备注** |  |
| **本人教育经历** |  |
| **本人工作经历** |  |
| **可到岗时间** |  |