**寿光市人民医院公开招聘合同制人员报名表**

                      填表时间：2018年   月  日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 出生年月 |   |    照  片 |
| 毕业学校 |   |
| 所学专业 |   |
| 学历 |   | 学位 |   | 学制 |   |
| 毕业时间 |   | 政治面貌 |   | 婚姻状况 |   |
| 籍贯 |   | 家庭住址 |   |
| 联系电话 | 座机 |   | 手机 |   |
| 身份证号码 |   | 工作岗位 |   |
| 岗位代码 |   | 岗位名称 |   | 岗位性质 |   |
| 所学主要专业课程 | 1、 | 4、 |
| 2、 | 5、 |
| 3、 | 6、 |
|  学习简历及奖励情况  |   |
| 以下内容在现场确认时由资格审查人员填写 |
| 报考资格审查意见：   审查人： |
| 备注： |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

          备用照片张贴处                                    备用照片张贴处