附件一

林周县紧密型县域医疗共同体招聘人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | | 照片 |
| 曾用名 |  | | 婚否 | |  | | |
| 政治面貌 |  | | 身份证号 | |  | | |
| 学　　历 |  | | 学　　位 | |  | | |
| 毕业学校及专业 |  | | | | 毕业时间 | |  | |
| 是否具有资格证 |  | | | | 资格证书编号 | |  | |
| 籍　　贯 |  | | | | 联系电话 | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | | | | |
| 简历 |  | | | | | | | |