附件

宜宾市第二人民医院

报名信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | **性 别** | |  | | | **出生年月**  **（ 岁）** | |  | **照片** |
| **民 族** |  | | **籍 贯** | |  | | | **成长地** | |  |
| **政 治**  **面 貌** |  | | **身 高**  **（cm）** | |  | | | **健 康**  **状 况** | |  |
| **学 历** |  | | **毕 业 院 校** | |  | | | **毕 业 时 间** | |  |
| **婚 姻 状 况** |  | | **手 机**  **号 码** | |  | | | **电 子**  **邮 箱** | |  | |
| **身份证**  **号 码** |  | | | | | | | **通 讯住 址** | |  | |
| **申 报**  **岗 位** |  | | | | | **是否服从医院调配** | | | |  | |
| **学习工作经历** |  | | | | | | | | | | |
| **家庭成员情况** | **称谓** | **姓名** | | **出生**  **年月** | | | **政治**  **面貌** | | **工作单位及职务** | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | |
| **备注** | 本人承诺：以上信息真实无误，如有弄虚作假，本人愿承担一切后果和责任！  本人签名：  日 期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |