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 |