**附件4：**

承德市中心医院招聘医技岗位工作人员登记表

求职意向： 是否接受调剂：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 出生年月 |  | 民族 |  |
| 现居住地 |  | 政治面貌 |  |
| 入团、党时间 |  | 联系电话 |  |
| 执业资格 |  |
| 学习经历 | 第一学历 | 起止时间 |  | 专业 |  |
| 毕业院校 |  |
| 修业年限 |  | 学习形式 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 最高学历 | 起止时间 |  | 专业 |  |
| 毕业院校 |  |
| 修业年限 |  | 学习形式 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 工作经历 （选填） |  |

备注：以上所有表项除工作经历外均为必填项，如有遗漏，后果自负。