**云南中医药大学第二附属医院**

**2023年面向社会公开招聘劳务派遣人员报名登记表**

**报考岗位 ：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本情况** | 姓 名 |  | 性 别 |  | 籍 贯 |  | （贴照片处） |
| 民 族 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 最高学历 |  | 毕业专业 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 实习单位 |  |
| 外语水平 |  | 住院规培医院 |  |
| 职称及取得时间 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话（手机） |  |
| **主要教育经历****（从高中开始）** | **起始时间** | **毕业学校** | **学历** | **所学专业** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **奖励情况****（校级及以上）** | **时间** | **获得奖励** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **实习或工作经历** | **时间** | **工作单位和工作职责** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **其他需要****说明的情况** |  |
| 承诺书 | 本人郑重承诺：上述填写内容和报名时提供的相关证件真实可靠，符合招聘公告的报名条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。  承诺人： 年 月 日 |
| **审查意见** | 资格审查意见： ① 符合报名条件 ②不符合报名条件盖章：  年 月 日 |