|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 一寸证件照 |
| 身份证号码 |  | 出生日期 |  |
| 户 籍 所在地 |  | 现居住地 |  |
| 毕业 院校 |   | 所学专业 |  |
| 毕业时间 |  | 学历学位 |  |
| 政治面貌 |  | 首次参加工作时间 |  |
| 工作单位 |  | 工作年限 |  |
| 专业技术资格 |  | 是否在编 |  |
| 电话号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 是否满足该职位要求的其他报考条件 |  |
| 主要简历  |  |
|
|
|
|
|
|
|
|
| 其他说明 |  |
| 报考信息确认栏 |  以上填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误责任自负。 考生签名：  |
| 审查意见 |  审查人（签名）： 年 月 日  |

附件2

**2020年铜仁市第二人民医院引进人才报名表**

**报考职位代码：**