**菏泽市第三人民医院**

**2017年公开招聘精神科执业医师报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | | |  | | **性别** | |  | | **出生年月** | | |  | | | 1寸  照片 |
| **籍贯** | | |  | | **民族** | |  | | **身高（cm）** | | |  | | |
| **身份证号码** | | |  | | | | | | **政治面貌** | | |  | | |
| **户口所在地** | | |  | | | | | | **档案所在地** | | |  | | |
| **本科** | **学位** |  | **毕业院校** | |  | | | | | | | **毕业时间** | | |  |
| **所学专业** | |  | | | | | | | **学制** | | |  |
| **研究生** | **学位** |  | **毕业院校** | |  | | | | | | | **毕业时间** | | |  |
| **所学专业** | |  | | | | | | | **学制** | | |  |
| **学 习 经 历**  **（从初中填起）** | **学历** | | **学位** | | **毕业院校** | | | | **所学专业** | | | **学习起止年月** | | | **学习形式** |
|  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  |
| **工 作 经 历** | **起止年月** | | **所在单位** | | | | | | **职务** | | | | | **从事工作** | |
|  | |  | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | | | | |  | |
| **本人**  **联系**  **方式** | **电话** | | |  | | **手机1** | |  | | | **手机2** | |  | | |
| **Email** | | |  | | | | **通信地址** | |  | | | | | |
| **声明** | **我已仔细阅读《菏泽市第三人民医院2017年公开招聘精神科医师简章》，理解其内容，符合报考条件。我郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证件等，真实、准确，并自觉遵守事业单位公开招聘工作人员考试聘用的各项规定，诚实守信，严守纪律，认真履行报考人员的义务。对因提供有关信息、证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应的责任。**  报考者（本人签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |