附件

广西胸科医院2024年病理医师岗位人员招聘报名表

**应聘岗位：** **填表日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | | 出生年月 | |  | | 近期免冠  照片 | | |
| 籍贯 |  | | 民族 | | |  | | 政治面貌 | |  | |
| 毕业院校及专业 | 全日制  教育 |  | | | | | | | | 学位 |  |
| 在职  教育 |  | | | | | | | | 学位 |  |
| 专业技术资格名称、  授予单位及取得时间 | | |  | | | | | | 身高  （cm） |  | 爱好及  特长 | | |  |
| 现工作  单位 |  | | | | | | | 身份证号 | |  | | | | |
| 家庭详细  住址 |  | | | | | | | 联系电话 | |  | | | | |
| 紧急联系人电话 | |  | | | | |
| 学  习  经  历 | 起止  时间 | 院校名称（从大学阶段填起） | | | | | | | | 专业 | | | 研究方向 | |
|  |  | | | | | | | |  | | |  | |
|  |  | | | | | | | |  | | |  | |
|  |  | | | | | | | |  | | |  | |
|  |  | | | | | | | |  | | |  | |
| 工  作  经  历 | 起止  时间 | 所在单位 | | | | | | | | 从事的工作及职务 | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | |
| 主要工作成绩、荣誉及奖惩情况  （如有违纪违法记录，请如实填写） |  | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员 | 称谓 | 姓名 | | 年龄 | | | 政治面貌 | | | 工作单位及职务 | | | | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | | | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | | | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | | | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | | | |
| 报名人  承诺 | 本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有  虚假，本人愿承担由此产生的一切后果。  报名人签名： | | | | | | | | | | | | | |
| 资格审  查意见 | 审查人：  年 月 日  审查人签名： | | | | | | | | | | | | | |

备注：1.报名登记表用A4纸双面打印；2.不得涂改；3.“报名人签名”需手写。