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。