附件2

**湖州市妇幼保健院2019年卫生高层次人才招聘报名表**

编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 出生年月 |  |
| 学历学位 |  | 毕业院校 |  |
| 毕业时间 |  | 所学专业及方向 |  |
| 外语语种及水平 |  | 技术职称 |  |
| 政治面貌 |  | 身份证号码 |  |
| 婚姻状况 |  | 现工作单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 是否取得执业证书 |  | 是否完成规培 |  |
| 手 机 |  |
| 起止年月 | 工作（学习简历）:工作单位、学习院校及专业 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  报名人员签字确认： |
| 其它需补充之内容 |  |

填表时间：