附件2：

潍坊市第二人民医院

招考聘用制工作人员报名登记表

 填报时间：2019年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 参加工作时间 |  | 政治面貌 |  | 身份证号 |  |
| 毕业院校 |  | 学 历 |  |
| 所学专业 |  | 毕业时间 |  | 学 位 |  |
| 职称 |  | 执业资格 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 | （座机） |
| 工作单位 |  | （手机） |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 工作学习经历（自高中起） |  |
| 家庭成员及其主要社会关系 |  |
| 资格审查意见 |  签名： 2019年 月 日  |