附件2

重庆市江北区2018年公开招聘医疗卫生事业单位工作人员考生信息登记表

报考单位： 报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | 性 别 | |  | 出生年月 | | |  | | | | 民族 |  |
| 身份证号 | | |  | | | | | | | 联系电话 | | | | |  | |
| **毕业学校** | | | | | | | | | **专业名称** | | | | | **学习时间段** | | |
| 本科 | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
| 研究生 | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
| 工作经历 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **起止时间** | | | | | | **单位（学校）** | | | | | | **负责人和联系电话** | | | | |
| 年 月— 年 月 | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 年 月— 年 月 | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 年 月— 年 月 | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 年 月— 年 月 | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 年 月— 年 月 | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 具有执业资格证书 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 承诺 | **本人承诺以上所填信息真实有效，若有违反规定或弄虚作假，一经查实，自动取消报名资格或聘用资格并承担相应法律责任。**    本人确认签字： | | | | | | | | | | | | | | | |