|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **六盘水市水城区人民医院**  **面向社会公开招聘精神科医护人员报名审核表** | | | | | | | | | |
| **一、申请人基本信息** | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 照片 | |
| 政治面貌 |  | 职称 |  | 学历 |  | 专业 |  |
| 手机 |  | | | 电子邮箱 |  | | |
| 申报岗位 | | | |  | | | | | |
| **二、学习及工作经历** | | | | | | | | | |
| 学习实习经历 | 起止年月 | 毕业院校、专业、任职情况（大学开始填写） | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| 工作、进修经历 | 起止年月 | 工作单位、科室、任职情况 | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|
| 取得执业证注册范围、注册地点 | | 是否取得执业证书 是 否；执业证书编号： 注册地点：  注册范围： | | | | | | | |
| 考生签名：  日期： | | | | 资格初审人员签名：  日期： | | | 资格复审人员签名：  日期： | | |
| 个人声明：本人保证提交信息的真实性，承担因填写不实而产生的一切后果。 | | | | | | | | | |