附件2 编号：

常熟市卫生健康系统公开招聘博士研究生专业技术人才

报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 户籍所在地 |  | 出生日期 |  | **（照片）** |
| 民族 |  | 生源地 |  | 政治面貌 |  |
| 工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业专业名称 |  | 职称及其他资格证详细信息 |  | 职称 |  |
| 毕业专业方向 |  | 身份证号码 |  | 性别 |  |
| 联系地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 手机号码 |  |
| 报考单位名称 |  | 报考单位代码 |  |
| 报考岗位名称 |  | 报考岗位代码 |  |
| 政策性安置或照顾情况 |  | 婚姻状况 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 |  |
| 回避关系 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 考生简历（含学习经历，从高中填起）及其他说明信息 |  |