|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2： | | | | | | |
| 2018年朝阳市第二医院医学类硕士及以上学历研究生报名登记表 | | | | | | |
| 应聘岗位 |  | | | | | |
| 姓  名 |  | 性  别 |  | 民  族 |  | 正面彩色免冠 二寸照片 |
| 身份证号 |  | | | 出生日期 |  |
| 政治面貌 |  | 学  历 |  | 学  位 |  |
| 本科毕业院校 |  | | | 毕业时间 |  |
| 本科所学专业 |  | | | 详细通讯地址 |  | |
| 研究生毕业院校 |  | | | 毕业时间 |  | |
| 研究生所学专业 |  | | | 联系电话 |  | |
| 户口所在地 |  | | | | | |
| 学习经历  （高中起点） |  | | | | | |
| 诚  信  承  诺 | 本人保证以上填写的内容真实有效，否则后果自负。 报名人员签字：   年  月  日 | | | 审核意见、审核人签字（盖章）：    年  月  日 | | |
| 注：1、除照片、签字以外，其他个人信息均在计算机上填写并打印； | | | | | | |
| 2、表格所列内容要填写齐全、实事求是； | | | | | | |
| 3、请合理安排空间，保持表格样式基本不变，不得串页，用A4纸张打印或复印。 | | | | | | |