|  |
| --- |
| 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。 |