附件二：

**文水县医疗集团校园招聘报名登记表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 报名单位 |  | | | |
| 报考岗位 |  | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  |  |
| 身份证号 |  | 民族 |  |
| 政治面貌 |  | 考生身份 |  |
| 所学专业 |  | 是否为全  日制学历 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |  |
| 拟毕业时间 |  | 毕业院校 |  | |
| 普通话等级 |  | 工作单位 |  | |
| 联系电话 |  | 通讯地址 |  | |
| 资格证书 |  | | | |
| 工作经历 |  | | | |
| 个人简历 |  | | | |
| 家庭情况 |  | | | |
| 备注 |  | | | |
| 初面试人员签字 |  | | | |