附件2：

2020年大连市中山区招聘社区卫生机构

非事业编制医护人员报名登记表

 **报名序号：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | 照片 |
| 性别 |  | 民族 |  | 出生日期 |  | 政治面貌 |  |
| 户口所在地 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业院校 |  | 学位类型 |  | 毕业时间 |  |
| 外语语种 |  | 等级水平 |  | 所学专业 |  |
| 专业技术职称 |  | 研究方向 |  |
| 工作单位 |  | 联系方式 |  |
| 应聘单位 |  | 应聘岗位 |  |
| 工作经历 |  |
| 何时何地受过何种奖励 |   |