附件：

|  |
| --- |
| **达州市民康医院自主考核引进急需紧缺精神科医生报名表** |
| 报名序号： | 报名时间： |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  照片 |
| 出生地 |  | 民族 |  | 政治面貌 | 　 |
| 全日制学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 | 　 |
| 毕业院校 |  | 所学专业 | 　 |
| 最高学历 |  | 毕业学校所学专业 | 　 |
| 身高 |  | 体 重 |  | 婚姻状况 | 　 |
| 身份证号 | 　 |
| 户口所在地（应届毕业生填入学前的） |  |
| 现工作单位 | 　 | 参加工作时间 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 个人简历 |  |
| 获得过何种专业证书，有何专长 | 　 |
| 家庭主要成员 | 姓名 | 关系 | 工作单位及职务 | 联系方式 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 所受奖惩情况 | 　 |
| 职能科室审核结果 |  | 党建办审核结果 |  |