

附件 2

2026 年天门市第一人民医院聘用制员工招聘报名表

姓 名		性 别		出生年月		照 片
籍 贯		身 高		体 重		
政治面貌		婚姻状况		☐ 未婚 ☐ 已婚		
身份证号码			应聘岗位			
是否住院医师 规范化培训	☐ 是 ☐ 否	规培单位名称 及专业方向				
是否取得医师/ 护士资格证	医师资格证 ☐ 是 ☐ 否 护士资格证 ☐ 是 ☐ 否		取得医师/护士 资格证时间			
联系电话 (本人手机)			紧急联系人 姓名及电话			
学习经历 (从高中起填写)	起止时间	毕业学校		所学专业	学历	学位
工作经历	起止时间	所在单位			所在岗位	
本人承诺	本人所填信息真实，如有虚假，责任自负。 签名： 年 月 日					
资格审核意见	审核意见： 审核人：					