**海南省眼科医院2024年招聘医技工作人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 政治面貌 |  | 身份证号码 |  |
| 家庭住址 |  | 邮政编码 |  |
| 毕业学校及毕业证书号 |  | 所学专业 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 职称 |  | 婚否 |  |
| 申请岗位 |  | 联系电话 |  | 个人邮箱 |  |
| 学习经历（自高中填起） |  |
| 社会工作经历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭主要成员 | 关系 | 姓名 | 出生日期 | 政治面目 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 应聘承诺 | 以上表格所填内容属实，若有虚假，所聘单位有权解除聘用合同。应聘者签名：  |