附件1：

|  |
| --- |
| **歙县人民医院（院感）医师招聘报名表**  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 籍贯 |  |
| 学历学位 |  | 毕业学校及时间 |  | 所学专业 |  |
| 已取得的专业技术资格名称及取得时间 |  | 发证机构 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | 婚姻状况 |  | 净身高（cm） |  |
| 学习工作简历 | 年 月至 年 月 | 在何单位（校）从事何工作（学习） | 担任职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 奖励情况 | 何年何月获何种奖励 |
|  |
|  |
|  |
| 其他需要说明的问题 |  |

注：此报名表发送至电子邮箱：sxrmyyrlzyb@163.com