附件1

巫山县人民医院

康复医疗技术专业规范化培训招生报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 | |  | 性　　别 |  | 出生年月 |  |  |
| 民　　族 | |  | 政治面貌 |  | 参加工作  时　　间 |  |
| 籍 贯 | |  | 现住址 |  | | |
| 职 称 | |  | 执业资格 |  | | 手机号码 |  |
| 特 长 | |  | 身份证号 |  | | 电子邮箱 |  |
| 现工作单位及职务 | | |  | | | | |
| 个 人 经 历 | （自大学开始填写) | | | | | | |
| 起止年月 | | 工作单位及职务（毕业院校及专业） | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |

备注：本人已认真阅读《2023年第康复医疗技术专业规范化培训招生简章》，知悉有关内容和招聘岗位条件，承诺诚信应聘并对《报名登记表》信息真实性负责。**应聘人员签字：**