附件2

|  |
| --- |
| **合肥市骨科医院（合肥新站院区）招聘人才报名资格审查表** |
|  |  |  |  |  填表日期： 年 月 日 |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 出 生年 月 | 　 | 电子照片 |
| 政治面貌 | 　 | 籍 贯 | 　 | 健康状况 | 　 |
| 身份证号码 |  | 身高（cm） | 　 |
| 电子邮箱 |  | 体重(kg) |  |
| 联系电话 |   | 最高学历 |  |
| 毕业院校及时间 |  | 学位名称 |  |
| 报考岗位 | 　　 | 专业 | 　 |
| 现工作单位 | 　 | 现工作岗位 |  |
| 家庭主要成员情况　 | 　 |
| 教育背景 |  |
| 工作背景  | 　 |
| 教学 科研论文 |  |
| 获奖情况 | 　　 |
| 自我评价(不少于200字） |  |