

附件 2

银川市第二人民医院 2025 年社区卫生服务机构
公开招聘工作人员资格复审登记表

招聘单位：		
招聘岗位：		岗位代码：
姓名：	性别：	民族：
身份证号码：		
所学专业：	学历：	学位：
毕业院校：	毕业时间：	
政治面貌：	是否全日制高等院校毕业：	
非全日制普通高校应届毕业生取得毕业证书时间：		
通讯地址：		
联系电话 1：	联系电话 2：	
应聘前所在单位：		
生源地：省（区）市 县（市、区）	现户口所在地：省（区）市 县（市、区）	
注：生源地为被高校录取前的户口所在地		
学习和工作经历：		
奖惩情况：		

