**报 名 表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  | 照片 |
| **籍 贯** |  | **民 族** |  | **身体状况** |  |
| **政治面貌** |  | **身 份 证 号** |  | | |
| **毕业院校** |  | **学 历** |  | **所学专业** |  | |
| **毕业时间** |  | | **是否医学相关专业** | |  | |
| **现住址** |  | | **联系电话** | |  | |
| **E-mail** | |  | |
| **户口登记日期** | |  | |
| **户口 所在地** |  | | **户口性质** | | □ 本市城镇　 □ 本市农村 　□ 外省城镇 □ 外省农村 | |
| **教育经历** |  | | | | | |
| **工作经历** |  | | | | | |