2024年成武县人民医院招引专业技术人员报名

暨资格审查登记表

**报考岗位类别：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 毕业院校 |  | 全日制学历（学位） |  |
| 所学专业 |  | 毕业时间 |  | 报考职位 |  |
| 学 制 |  | 身 高 |  | 籍 贯 |  |
| 身份证编号 |  | 联系电话 |  |
| 本人简历（高中起填） |  |
| 是否取得资格证书 |  |
| 个人承诺 | 本人所提供的个人信息、证明材料、证件等真实、准确；因提供有关信息、证件不真实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担责任。个人签名： 2024年 月 日 |
| 审核情况 | 审核意见： |
|  审核人签字： |
| 备 注 |  |

填表说明：报考A岗人员“报考岗位类别”填写“A岗”，“报考职位”不填；报考B岗人员“报考岗位类别”填写“B岗”，“报考职位”填写具体岗位类别，如：临床医师。