附件1

通海县提前招聘紧缺岗位医生报名审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | | 照片 |
| 民族 |  | | 籍贯 | |  | | 政治面貌 | |  | |
| 入学时间 |  | | 毕业  时间 | |  | | 学 历 | |  | |
| 在读院校及专业 | |  | | | | | | | | |
| 是否是普通高校毕业生 |  | | | 家庭地址 | |  | | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | 联系电话 | |  | | |
| 报考单位及　岗位 |  | | | | | | | 执业资格 | |  | |
| 个人简历　（从高中填起，包括实习、规培等经历） |  | | | | | | | | | | |
| 获奖情况 |  | | | | | | | | | | |
| 自我评价 |  | | | | | | | | | | |
| 个人承诺事项 | **本人承诺所填写内容及提交资料真实有效，无隐瞒真实情况、弄虚作假行为，否则愿意服从取消考试及聘用资格。**  **考生签名：**  　 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 资格审查  意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |