附件2

2023年扶绥县医疗卫生事业单位直接考核公开招聘高层次及紧缺卫生专业技术人员报名登记表

序号： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  | 张贴相片 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  |
| 籍贯 |  | 政治面貌 |  | 婚否 |  | 健康状况 |  |
| 常住户口所在地或生源地（省、市、县） |  | 身份证号码 |  |
| 学历教育类型 | 毕业时间 | 毕业院校 | 专业 | 学历 | 学位 | 是否全日制 |
| 普通高等教育 |  |  |  |  |  |  |
| 其他学历教育 |  |  |  |  |  |  |
| 执业资格 |  | 取得执业资格时间 |  | 职称资格 |  | 取得职称资格时间 |  |
| 通讯地址 |  | 电子邮箱 |  | 手机号码 |  |
| 工作单位 |  | 参加工作时间 |  | 从业年限 |  | 是否在编在职人员 |  |
| （从全日制学历开始填写）个人简历 |  |
| 考核测评计分情况（由报名资格审核人员报名现场填写）  | 加分项目 | 加分依据 | 加分分值 | 审核人签名 |
| ①执业资格 | 主任医师（护师）10分、副主任医师（护师）5分 |  |  |
| 取得资格时间： 年 月（年限： 年 月） |  |  |
| ⑥执业资格年限 | 每满一年加2分。取得资格年限： 年 月 |  |  |
| ⑦获奖情况 | 按公告规定，获 级奖励加 分 |  |  |
| **测评总分（取①至⑤项中分值最高一项加上第⑥、⑦项）：共 分。** | 报名者签名 |  |
| 报名人郑重承诺 | **以上情况及提供的报名材料均属真实，若有隐瞒、虚报、欺骗、作假等行为，本人愿意承担一切法律后果和责任。 报名人（签名按手印）： 年 月 日** |
| 报名资格审查 意见 | 初审意见 |  | 初审人签名 |  |
| 复审意见 |  | 复审人签名 |  |