附件4

2023 年永兴县医疗卫生单位引进急需紧缺卫生专业技术人才报名表

报考单位： 报考岗位 ： 报名序号 ：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | | 民 族 | |  | | 照片 |
| 出生年月 | |  | 政治面貌 | |  | | 学历学位 | |  | |
| 毕业院校 | |  | | | | | 所学专业 | |  | |
| 职称、执（职）业资格资格 | | |  | | | | 取得时间 | |  | |
| 户 籍  所在地 | |  | 婚姻状况 |  | | | 档案保  管单位 | |  | |
| 身份证码 | |  | | | | | 有何特长 | |  | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | 邮政编码 |  | |
| 联系电话 | |  | | | | | E-mail | |  | | |
| 简历 | |  | | | | | | | | | |
| 与报考岗位相关的实践经历或取得的成绩 | |  | | | | | | | | | |
| 报考人员承诺 | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合报考岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃面试和聘用资格。**  **报考人签名：**  **年 月 日** | | | | | 资  格  审  查  意  见 | | **经审查，符合报考资格条件。**  **审查人签名： 招聘单位（章）**  **年 月 日** | | | |
| 备  注 |  | | | | | | | | | | |

说明：1.报名序号由招聘单位填写。2.考生必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消考试或聘用资格.3.经审查符合报名条件，由考生现场确认，此报名表由招聘单位留存.4.考生需准备1寸免冠正面彩色照片4张,照片背面请写上自己的名字和岗位。5.如有其他学术成果或课题及需要说明的情况可另附