考生报名信息登记表

报考专业： 填表时间：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠二寸彩照 |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 专 业 |  | 任职资格 |  |
| 学 历 |  | 户籍所在地 |  |
| 政治面貌 |  | 何时起在何卫生院顶岗至今 |  |
| 个人简历 |  |
| 本人承诺：上述填写内容和提供的有关材料依据真实，符合招聘公告（实施方案）的报考条件。如有不实，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。报考人（签名）：  年 月 日  |
| 审核人签字： 年 月 日 |