附件

东兴市2024年赴右江民族医学院引进卫生专业人才报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 民族 | | |  | | | | | 本人近期小二寸  证件照  （删除文字后插入图片） | |
| 出生年月 |  | 籍贯 | |  | 出生地 | | |  | | | | |
| 政治面貌 |  | 入党时间 | |  | 身份证号 | | |  | | | | |
| 身高 | cm | 体重 | | kg | 既往病史 | | |  | | | | |
| 执业医师资格证 |  | 规培证书 | |  | 个人档案  所在地 | | |  | | | | |
| 毕业学校 |  | | | 院系、专业 |  | | | | 是否应届毕业生 | | | |  | |
| 学历 |  | | | 学位 |  | | | | 外语水平 | | | |  | |
| 应聘意向 | 🞎1.东兴市人民医院 🞎2.东兴市妇幼保健院 岗位序号： | | | | | | | | | | 是否服从调剂 | | |  |
| 在高等院  校何时担  任何职务 | （填担任的最高职务即可） | | | | | | | | | | | | | |
| 本人联  系方式 | 移动电话 | | 宿舍电话 | | | 家庭电话 | | | | | | 电子邮箱 | | |
|  | |  | | |  | | | | | |  | | |
| 家庭住址 | 省（区、市） 市（地、州、盟） 县（市、区、旗） 乡（镇） 村 | | | | | | | | | | | | | |
| 个人  简历 | 高中和高等院校学习经历 | | | | | | | | | | | | | |
| （从高中开始填起，注明起止时间、学校、院系、专业及学位名称） | | | | | | | | | | | | | |
| 工作（实习）经历 | | | | | | | | | | | | | |
| （注明起止时间、工作单位及职务，是实习经历的应在后面说明） | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要  成员及  社会关系 | 称谓 | 姓名 | | 政治面貌 | | | 年龄 | | | 工作单位及职务 | | | | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | | | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | | | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | | | |
| 签名确认 | 我承诺，上述事项依据事实填报，如有虚假，自行承担相应责任。  签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 招聘小组审核意见 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |