

# 山东省公共卫生临床中心 2024 年公开招聘报名登记表

**报考岗位:**

姓名		性别		出生年月		婚姻状况		照片 (一寸彩色)
政治面貌		民族		身份证号				
户口所在地				籍贯				
学历		学位		毕业时间				
毕业院校				所学专业			研究方向	
导师姓名及工作单位								
专业技术资格证书名称			职称级别		取得证书时间			
首次参加工作时间					现工作单位			
联系地址					联系电话			
是否取得住院医师规范化培训合格证书					电子邮箱			
学习经历 (自高中起填写)	起止年月		毕业院校			所学专业		
工作经历 (自学校毕业起填写至今)	起止年月		工作单位			所在科室及职务		
家庭成员情况	关系	姓名	政治面貌	工作单位		所在部门及职务		

科研项目及发表论文等情况	
获奖情况	
其它	
<p>本人郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证件等真实、准确。对因提供有关信息证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相关责任。</p> <p style="text-align: center;">应聘人员签名：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	
资格审查意见	<p style="text-align: right;">审查人： 年 月 日</p>

注：栏目如无信息请填写“无”；“获奖情况”请填写校级以上获奖；本表正翻页打印。

山东省公共卫生临床中心组织人事部制

