|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1 | |  | |  |  | |  |  | | |  | |  | |  |  | |
| 2024年文登区县域医共体招聘（聘用制）基层医疗  卫生技术人员报名登记表 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 | | |  | 民族 |  | | 出生年月 | |  | | 照片 | | |
| 政治面貌 |  | | 身份证号码 | | |  | | | | | | | |
| 基础学历及  所学专业 |  | | 学位 | | |  | 学制 | |  | | | | |
| 最高学历 |  | | 学位 | | |  | 学制 | |  | | | | |
| 最高学历专业 |  | | 研究方向 | | |  | | | 职称 | | |  | | | | |
| 取得时间 |  | | 毕业院校 | | |  | | | 毕业时间 | | |  | | | | |
| 基础学历专业 |  | | | | | | | | 医师资格证  书类别 | | |  | | | | |
| 执业资格证  书编号 |  | | | | | | | | 注册专业 | | |  | | | | |
| 专业岗位工作  年限 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | 联系方式 | | |  | | | | |
| 工作学  习简历 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报名个人声明 | 我已仔细阅读简章，理解其内容，符合报考条件，我郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证件等真实性、准确性，并自觉遵守各项规定，诚实守信、严守纪律，认真履行报考人员的义务，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，本人自愿承担相应责任。  姓名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |