附件

凤庆县紧密型医共体2025年度急需紧缺人才引进报名登记表

联系电话： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 | |  | 出生年月 | |  | 单寸照片一张 | |
| 政治面貌 | |  | 民族 | |  | 籍贯 | |  |
| 学历、学位 | |  | 毕业时间 | |  | 毕业院校及所学专业 | |  |
| 执业医师资格证书编号 | |  | | | | 执业医师证书编号 | |  | | |
| 报考岗位 | |  | | | | 身份证号码 | |  | | |
| 学习经历（从小学填起） | 年 月— 年 月 | | | 毕业院校 | | | 学历 | 专业 | | 培养方式 |
|  | | |  | | |  |  | |  |
|  | | |  | | |  |  | |  |
|  | | |  | | |  |  | |  |
|  | | |  | | |  |  | |  |
|  | | |  | | |  |  | |  |
|  | | |  | | |  |  | |  |
|  | | |  | | |  |  | |  |
|  | | |  | | |  |  | |  |
| 实习和工作简历 |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主要家庭成员及社会关系 | 称谓 | 姓名 | 性别 | | 年龄 | | 工作单位及地址 | | | 户口所在地 |
|  |  |  | |  | |  | | |  |
|  |  |  | |  | |  | | |  |
|  |  |  | |  | |  | | |  |
|  |  |  | |  | |  | | |  |
|  |  |  | |  | |  | | |  |
|  |  |  | |  | |  | | |  |
| 诚信考试承诺 | 为维护公开引进工作的严肃性，我郑重承诺：  严格遵守人才引进的相关规定和纪律要求，保证符合报名资格条件，不徇私舞弊；如实填写报名表，保证所填写信息真实准确完整；认真提供所需证明材料，保证真实可靠，不弄虚作假。  以上承诺如有违反，本人愿意自动放弃引进资格。  本人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 用人单位审核意见 | （签字或盖章）  年 月 日 | | | 用人单位主管部门审核意见 | | （签字或盖章）  年 月 日 | | 人社部门审核意见 | （签字或盖章）  年 月 日 | |