附件

报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 一寸彩照 |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  | 外语水平 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业学校 |  | 专业（方向） |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 掌握何种 临 床 技 能  |  |
| 是否有执业医师资格证书 |  | 执业医师资格证书类别 |  |
| 学习经历（从高中毕业起） | 起止年月 | 院　校　名　称 | 所学专业 | 学制 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 临床经历及实习培训经历 | 起止年月 | 实习、工作、培训单位 | 岗 位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 意向报考岗位（作参考） |   | 本人保证以上所填资料真实准确，如有违事实，愿意取消报名、聘用资格。 本人签字： |

 填表日期： 年 月 日