**朔城区引进和选拔高层次医疗技术人才报名登记表**

拟报岗位： 报名号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | 2寸红底照 片 |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  |
| 本科毕业院校及专业 |  | 学位 |  | 毕 业时 间 |  |
| 研究生毕业院 校 |  | 专业方向 |  | 学位 |  | 毕 业时 间 |  |
| 执业资格类 别 |  | 证书号码 |  | 联系方式 |
| 医师资格名 称 |  | 证书号码 |  |  |
| 学习简历 |  |
| 获奖情况 |  |
| 本人承诺 | 经本人审核确认，以上所填内容真实无误。否则，后果自负。本人签字：  2018 年 月 日 |
| 资格审查意 见 | 信息采集 | 学历审核 | 报名审核 | 备 注 |
|  |  |  |  |