|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 龙湖区公立医院、卫生院公开招聘医学类专业技术人才报名表 | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 | | |  | 出生年月 |  |  |
| 籍 贯 |  | 民 族 | | |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | | | | | 所学专业 |  |
| 学历 |  | 学位 | |  | | 毕业时间 |  |
| 身份证号码 |  | | | | | 联系电话（手机和固定电话） |  | |
| 取得职称证名称 |  | | 取得职称证时间 | | |  | 取得（执业）资格证名称 |  |
| 取得（执业）资格证范围 |  | | 取得执业）资格证时间 | | |  | 应聘岗位 |  |
| 考生类别 | ○机关事业单位在职人员○服务基层项目人员○应届毕业生○其他在职人员○未就业人员 | | | | | | | |
| 本人学习和工作经历 |  | | | | | | | |
| 家庭主要成员及工作单位和职务 |  | | | | | | | |
| 本人承诺 | 上述填写内容真实完整。如有不实，责任自负。 | | | | | | | |
| 申请人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | |
| 审核意见 |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 审核人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | |