2024年成武县人民医院总医院招聘报名暨资格审查登记表

**报考岗位类别：临床医疗人员**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照  片 |
| 毕业院校 |  | | | 全日制学历  （学位） |  |
| 所学专业 |  | | | 毕业时间 |  |
| 学 制 |  | 身 高 |  | 籍 贯 |  | |
| 身份证编号 |  | | | 联系电话 |  | |
| 本人简历  （高中起填） |  | | | | | |
| 是否取得  资格证书 |  | | | | | |
| 个人承诺 | 本人所提供的个人信息、证明材料、证件等真实、准确；因提供有关信息、证件不真实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担责任。  个人签名： 2024年 月 日 | | | | | |
| 审核情况 | 审核意见： | | | | | |
| 审核人签字： | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | |