附件1

**莲花县医疗健康总院2025年公开招聘合同制卫生专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 1寸近期免冠照片 |
| 参加工作时间 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 文化程度 | 全日制教育(学历、学位) |  | 毕业院校及专业 |  |  |
| 在职教育(学历、学位) |  | 毕业院校及专业 |  |
| 取得资格名称 |  | 注册执业证范围 |  | 报考岗位 |  |
| 取得资格时间 |  | 联系电话 |  | 考试方式 |  |
| 学习 工作简历 |  |
| 本人承诺 | 以上情况及提供的报名材料均属真实，若有隐瞒、虚报、欺骗、作假等行为，本人愿意承担一切法律后果和责任。报名人员（签字）： 年 月 日 |
| 资格审查意见 | 审核人签名： 年 月 日 |

说明：①本表须由报名人如实填写；②学历学位等相应信息请一律按照所获证书上内容填