附件2：

2025年郓城县妇幼保健院

引进优秀青年人才报名登记表

报名序号：              （由工作人员填写）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考岗位 |  | 身份证号码 |  | 插入电子版近期照片 |
| 姓名 |  | 出生年月 |  |
| 性别 |  | 民族 |  | 户籍 |  |
| 全日制本科毕业院校 |  | 专业 |  | 毕业时间 |  |
| 研究生毕业学校 |  | 专业 |  | 毕业时间 |  |
| 规培证号码 |  |
| 资格证书编号 |  | 医师资格证书执业类别、执业范围 |  |
| 职称 |  | 职称证书编号 |  |
| 联系电话 |  | 招考期间考生必须保持通讯畅通， 否则发生的后果由考生本人负责。 |
| 学习及工作简历（从高中填起） |  |
| 报考人诚信承诺 | **我郑重承诺:本人所提供的个人信息、证明材料、证件等真实、准确,并自觉做到诚实守信,严守纪律,对因提供有关信息证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果,本人自愿承担相应的责任。** **报考人签字：       2025年  月  日** |
| 资格审查意见 | 审核人签字： |
| 备注 |  |

**注：报名序号由工作人员填写，其他栏目由考生本人填写，字体要工整。**