**2025年常德市第二人民医院见习生报名登记表**

|  |
| --- |
| 见习岗位名称： 报名序号： |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 相片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 学历学位 |  |
| 原始学历毕业学校 |  | 所学专业 |  |
| 最高学历毕业学校 |  | 所学专业 |  |  |
| 职称、执（职）业资格 |  | 取得时间 |  |
| 户籍地 |  | 婚姻状况 |  |
| 身 高 |  | 档案保管单位 |  |
| 身份证号 |  | 有何特长 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | E-mail或微信 |  |
| 简历（高中起） | 起止时间 | 学校及学历 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 与见习岗位相关的实践经历 | 起止时间 | 单位及科室 |
|  |  |
|  |  |
| 见习生承诺 | 本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。 见习生签名：年  月  日 | 资格审查意见 | 经审查，符合见习资格条件。 审查人签名：   年  月  日 |

说明：1.报名序号由单位填写。2.报名者必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消考试或选拔资格。3.经审查符合报名条件，由报名者现场确认，此报名表由单位留存。