**报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考 生 个 人 信 息 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 相片 粘帖处 |
| 户籍 |  | 党/团员 |  |
| 学历 |  | 毕业 院校 |  | 专业 |  |
| 学位 |  |
| 是否全日 制学历 |  | 是否专 升本 |  | 卫生专业任职资格(或执业资格) |  | 获取时间 |  |
| 家庭地址 |  | 固定电话 |  |
| 手机号码 |  |
| 个人 学习工作简历  |  |
| 报考岗位 | 岗位代码 |  | 岗位名称 |  |
| 其他需说明事项 |  |
| 本人承诺：所填写及声明的个人信息和提交的证件真实有效，如有虚假信息和作假行为，一 经查实，取消报名及聘用资格。考生签名： 年 月 日 |
| 资格审核结果 | 符合报考要求( )不符合报考要求( )审核人(签名):年 月 日 | 备用照片 粘贴处 | 备用照片 粘贴处 |