**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 | | |