安丘市人民医院2025年自主招聘工作人员报名登记表

**报名岗位（必填）：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |   | 出生日期 |   | 照    片 |
| 身高 |   | 政治面貌 |   |
| 毕业院校 |   | 学历  |   | 学位 |   |
| 毕业时间 |  | 所学专业 |  |
| 籍贯及现家庭住址 |    |
| 联系方式 | 手机1 |   | 手机2 |  |
| 邮箱 |    |
| 受教育情况（从高中阶段开始填写，仅填写全日制学历） | 高中 | 毕业学校 |  |
| 专科 | 毕业院校 |  | 专业 |  |
| 本科 | 毕业院校 |  | 专业 |  |
| 研究生 | 毕业院校 |  | 专业 |  |
| 工作经历 |   |
| 是否取得 医师/护士 资格证 |  | 是否取得 医师规培证 |  |
| **承诺书**我已仔细阅读《安丘市人民医院2025年自主招聘工作人员公告》等相关材料，符合报考岗位要求，清楚并理解其内容。在此我郑重承诺：一、自觉遵守安丘市人民医院招聘有关政策、规定；遵守考录纪律，服从考试安排，不舞弊或协助他人舞弊。二、真实、准确地提供个人信息、证明资料、证件等相关材料;同时及时关注医院官方网站，准确填写及核对有效的手机号码，并保证在招聘期间联系畅通。三、我保证符合招聘公告及招聘计划中要求的资格条件，并保证能在办理聘用手续时提供毕业证（学位证）原件，如不能提供则自愿放弃聘用资格；在职人员保证在办理聘用手续时提供《解除劳动合同证明》，如不能提供则自愿放弃聘用资格。对违反以上承诺所造成的后果，本人自愿承担相应责任。 本人签字：（现场资格审核时签字）年 月 日 |