附件

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 景谷傣族彝族自治县人民医院  2025年第二批大学生见习岗招聘报名表 | | | | | | | | |
| 应聘专业 |  | 应聘岗位 |  | | | | 照片  （彩色近照） | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生  年月 |  | |
| 政治面貌或  宗教信仰 |  | 民族 |  | 户籍地 |  | |
| 身份证号 |  | | | 联系  电话 |  | |
| 通讯地址  及邮编 |  | | | | 电子邮箱 |  | | |
| 学历层次 | 起始时间 | 就读学校（学院、系） | | | 专业 | | 学位 | 录取批次 |
| 如：高中 | 2003.09—2006.07 | XX县XX乡镇高级中学 | | |  | |  |  |
| 如：本科 | 2011.09—2015.08 | 云南省昆明医科大学 | | | 临床医学 | | 学士 |  |
| 持执业资格  情况 | 如：XXX年XX取得执业医师资格 | | | | | | | |
| 工作经历 | 无 | | | | | | | |
| 获得表彰情况 |  | | | | | | | |
| 报名人承诺 | 本人就以上所填情况及提供的材料真实性负责，若有隐瞒、虚报、欺骗、作假等行为，本人愿意承担一切法律后果和责任。  承诺人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | |
| 应聘单位报名初审意见 | 经单位初步审核， 符合我单位 岗位报名条件。  单位负责人（签名）  年 月 日 | | | | | | | |
| 特殊情况  说明 |  | | | | | | | |
| 填表说明：1.学历层次从高中开始填写；2.录取批次一栏请填写高考录取情况，如一本、二本、三本等，其他学历层次不用填写； | | | | | | | | |