**附件1**海陵区罡杨镇卫生院2024年公开招聘乡村医生报名登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 性别 |  | 学历 |  | 学位 |  |  |
| 政治面貌 |  | 毕业院校 |  |
| 执业医师（执业助理医师）证书编号 |  |
| **拟报名单位和岗位** |  |
| 参加工作单位时间 |  | 专业技术职务 |  |
| 籍贯 |  | 现工作单位 |  |
| 单位地址 |  | 联系电话 |  |
| 联系地址 |  | 电子邮箱 |  |
| 简历（自高中起） |  |
| 家庭成员 | 姓名 | 关系 | 所在单位 | 职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 备注 | 本人承诺此表所填内容真实、准确、如因失误、失实而影响录用、责任自负。承诺人签名： | 审核员签名年 月 日 |
| 重要提示:1.不可擅自更改表格样式 2.完成表格填写后，将电子表格发至指定邮箱 3.现场资格审核时，需携带打印出来的纸质登记表，本人签名确认 |