附件2

2024年渭南市为县以下医疗卫生机构定向招聘

医学类毕业生（补录）报名登记审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | （照片） |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 毕业时间 |  |
| 专业 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 身份证号 |  |
| 毕业院校 |  |
| 是否具备执业（助理）医师资格 |  | 资格证书取证时间 |  | 资格证书名称 |  |
| 岗位代码 |  | 岗位简称 |  | 招聘单位 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 学习工作经历（从高中（中专）学历填起） |  |
|
|
|
| 本人承诺，本报名表所填报信息真实准确。如因个人瞒报、虚报等行为造成的后果，由本人承担并取消应聘资格。承诺人（需手写签名）：  年 月 日 |
| 招聘部门审核意见 | 审核人：  |