附件1：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 永仁县县域医共体人民医院编外人员  招聘报名表 | | | | | | | | | | | |
| 报考单位及岗位 | 永仁县域人民医院康复技师岗 | | | | | | | | | |  |
| 姓 名 | 李水林 | | 身份证号 | | 53233120000323 | | | | | |
| 性 别 | 女 | | 民 族 | | 汉族 | 出生日期 | | 2000.03.23 | | |  |
| 籍 贯 | 云南楚雄 | | 出生地 | | 云南省楚雄彝族自治州禄丰市碧城镇 | 年 龄（岁） | | 25 | | |  |
| 学 历 | 本科 | | 学 位 | | 学士 | 政治面貌 | | 共青团员 | | |
| 毕业院校（最高学历） | 大理大学（全日制本科） | | | | | | | | | |
| 专 业 | 康复治疗学 | | | | | | | | | |
| 是否取得执业资格证 | 是 | 取得  时间 | | 2025.6.12 | | 是否取得住院医师规范化培训合格证 | | 否 | 取得  时间 |  | |
| 联系电话 | 18687253097 | | | | | 电子邮箱 | | 1764365481@qq.com | | | |
| 通讯地址 | 云南大理 | | | | | | | | | | |
| 个人简历 |  | | | | | | | | | | |
| 承诺 | 考生姓名： 李水林 身份证号码： 532331200003230921 针对本次报名做出如下承诺：  1.我已仔细阅读招聘公告，清楚并理解其内容； 2.本次考试提交的所有资料，本人承诺真实有效，如提供虚假信息，本人自愿放弃考试资格或聘用资格。由本人承担相应法律责任。    本人签名： 李水林  时间： 2025年 7月 2日 | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
| 资格审查  意见 |  | | | | | | （盖章）   年 月 日 | | | | |