|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2025年威海市文登区基层医疗卫生技术人员报名登记表 |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 民族 | 　 | 出生年月 | 　 | 照片 |
| 政治面貌 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 基础学历及所学专业 | 　 | 学位 | 　 | 学制 | 　 |
| 最高学历 | 　 | 学位 | 　 | 学制 | 　 |
| 最高学历专业 | 　 | 研究方向 | 　 | 职称 | 　 |
| 取得时间 | 　 | 毕业院校 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 基础学历专业 | 　 | 医师资格证书类别 | 　 |
| 执业资格证书编号 | 　 | 注册专业 | 　 |
| 专业岗位工作年限 | 　 |
| 家庭住址 | 　 |
| 工作单位 | 　 | 联系方式 | 　 |
| 工作学习简历 | 　 |
| 报名个人声明 |  我已仔细阅读简章，理解其内容，符合报考条件，我郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证件等真实性、准确性，并自觉遵守各项规定，诚实守信、严守纪律，认真履行报考人员的义务，对因提供有关信息证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应责任。 姓名： 年 月 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |  |  |  |
| 同意应聘介绍信 |
| **“人事关系所在单位意见”、“人事档案管理部门意见”栏均需填写，并加盖公章。** |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 |
| 身份 | 　 | 职称（技术等级） | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 参加工作时间 | 　 | 现工作单位及岗位 | 　 |
| 现实表现 | 　 |
| 有无违法违纪行为 | 　 |
| 人事关系所在单位意见 |  该同志人事关系现在我处，其人事档案现在 处保管。我单位同意其应聘威海市事业单位工作人员，如其被聘用，我单位将配合办理其人事档案、工资、党团关系的移交手续。  （单位盖章） 介绍人：（签字） 年 月 日 |
| 人事档案管理部门意见 |   该同志人事档案现在我处存放，系（用人单位委托我处集体代理/该同志委托我处实行个人代理/我处按人事管理权限进行管理)。 （单位盖章） 经办人：（签字） 年 月 日 |
| 备注 | 　 |
| 填表说明：1.“身份”从应届毕业生、干部、工人、见习期学生（未办理转正定级手续）中选填；2.“职称（技术等级）”：“职称”指取得的专业技术职务任职资格，“技术等级”指工人取得的工人技术等级；3.“单位意见”栏中“介绍人”由单位负责人签字，“人事档案管理部门意见”栏中“经办人”由人事代理机构经办人签字。 |
|