附件：

**临沧市临翔区人民医院2025引进急需紧缺专业人才报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息 | 姓名 | |  | 性别 |  | 照片 |
| 民族 | |  | 出生年月 |  |
| 籍贯 | |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号码 | |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 | |  | | |
| 学历 | |  | | 学位 |  |
| 毕业时间 | |  | | 毕业院校 |  |
| 学历性质 | |  | | 所学专业 |  |
| 是否取得住院医师规范化培训合格证 | |  | | 规培专业（方向） |  |
| 是否取得  医师资格证 | |  | | 是否就业 |  |
| 报考信息 | 报考单位 | |  | | | |
| 报考岗位 | |  | | 岗位代码 |  |
| 主要学习经历  (本科至研究生) | | 填写格式：年月+毕业学校及专业 | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系 | | 填写格式：称谓 + 姓名+ 工作单位及职务+所在地（省、市、县（区）、乡（镇）） | | | | |
| 奖惩情况 | |  | | | | |
| 考生诚信承诺 | | 本人承诺：所提交材料真实有效，如有虚假，无论在任何环节发现将中止或取消报考资格和聘用资格 。  考生签名：  年 月 日 | | | | |
| 考生回避承诺 | | 本人承诺：本人与所报考岗位不存在回避情形，如存在回避情形，无论在任何环节发现将中止或取消报考资格和聘用资格。  考生签名：  年 月 日 | | | | |
| 资格审查情况意见 | | 招聘单位审核意见 | | | 考生签名 | |
| 单位签章：  审查人员签字（须2名人员签字）：  年 月 日 | | | 本人同意用人单位审核结果。  签名：  年 月 日 | |