**附件3：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **三亚中心医院医疗集团各分院考核招聘工作人员报名表** | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 出生年月 |  | 贴照片处  (一寸彩色  免冠照片) | |
| 民族 |  | 籍贯 | |  | 政治面貌 |  |
| 专业技术资格 |  | 联系方式 | |  | 备用联系方式 |  |
| 身份证号码 |  | | | | 最高学历学位 |  |
| 高中/中专学历阶段 | 毕业院校名称 |  | | | 专业名称 |  | 毕业时间 |  |
| 大专学历阶段 | 毕业院校名称 |  | | | 专业名称 |  | 毕业时间 |  |
| 本科学历阶段 | 毕业院校名称 |  | | | 专业名称 |  | 毕业时间 |  |
| 研究生学历阶段 | 毕业院校名称 |  | | | 专业名称 |  | 毕业时间 |  |
| 住院医师规范化培训阶段 | 规培单位名称 |  | | | 规培专业 |  | | |
| 现工作单位 |  | | | | 现居地 |  | | |
| 报考单位 |  | | | | 报考职位 |  | | |
| 个人简历(自参加工作起填写） | （某年某月至某年某月在某单位工作） | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员 | 姓名 | | 与本人关系 | | 工作单位及职务 | | 户籍所在地 | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
| 报考人  承 诺 | 本人符合报名条件的要求,所提供的各种相关资料和上述填写内容真实有效。如有不实，本人愿自动放弃本次报考资格，并承担由此引发的一切后果。  报名人签名： 2025年 月 日 | | | | | | | |
| 资格审  查意见 | 审查人签名：　　　　　　　负责人签名：　　　　　 （盖 章）  2025年 月 日 | | | | | | | |
| 说明：所有项目要求如实填写，字迹清楚；因填表不实或联系电话无法联系到本人而造成的一切后果，由填表人承担。 | | | | | | | | |