**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。 |