附件4

2023 年永兴县医疗卫生单位引进急需紧缺卫生专业技术人才报名表

报考单位： 报考岗位 ： 报名序号 ：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 学历学位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 职称、执（职）业资格资格 |  | 取得时间 |  |
| 户 籍所在地 |  | 婚姻状况 |  | 档案保管单位 |  |
| 身份证码 |  | 有何特长 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | E-mail |  |
| 简历 |  |
| 与报考岗位相关的实践经历或取得的成绩 |  |
| 报考人员承诺 | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合报考岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃面试和聘用资格。****报考人签名：****年 月 日**  | 资格审查意见 | **经审查，符合报考资格条件。****审查人签名： 招聘单位（章）****年 月 日** |
| 备注 |  |

说明：1.报名序号由招聘单位填写。2.考生必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消考试或聘用资格.3.经审查符合报名条件，由考生现场确认，此报名表由招聘单位留存.4.考生需准备1寸免冠正面彩色照片4张,照片背面请写上自己的名字和岗位。5.如有其他学术成果或课题及需要说明的情况可另附