**附件4**

宜章县2023年基层医疗卫生机构公开招聘工作人员报名登记表

报考单位: 报考岗位： 岗位代码： 报考序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 政治面貌 | | |  | | 民族 | |  | 照片粘贴处 |
| 出生  年月 | |  | 籍贯 |  | | | | | | | | |
| 毕业院校（学位） | |  | | | 所学专业 | | |  | | | 毕业  时间 | |  |
| 参加工作时间 | |  | 专业技术职务（职称） | |  | | | | | | 取得  时间 | |  |
| 取得全科专业住院医师规范化培训合格证书时间 | | |  | | | 取得助理全科医生培训合格证书时间 | | | | | | |  |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | 联系  电话 | |  |
| 何时受何表彰（处分） | |  | | | | | | | | | | | |
| 个人简历  （自高中起） | |  | | | | | | | | | | | |
| 应聘  人员  承诺 | 本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自愿放弃面试（考核）和聘用资格。  应聘人员签名：  年 月 日 | | | | | | 资格  审查  意见 | | 经审查，符合应聘资格条件。  初审人签名：  复审人签名：  年 月 日 | | | | |

说明：1、应聘人员如实填写上述内容，填报虚假信息者，取消面试和聘用资格；2、经审查符合报考条件的，此表由县人社局和用人单位分别留存；3、应聘人员需粘贴近期1寸彩色免冠照片；4、应聘人员如有学术成果或课题、奖项及需要说明的情况可另附。