|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |

附件1

**2023年昆明医科大学附属口腔医院科研助理岗位报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  |
| 最高学历 |  | 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 外语水平 |  |
| 现从事专业 |  | 联系电话（手机） |  |
| 专业技术资格及取得时间 |  | 是否取得住院医师规培合格证 |  |
| 教育经历 |  |
| 相关证书名称 |  |
| 承诺书 | 上述填写内容和提供的相关证件、证明材料真实可靠，符合报名条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。因个人信息填写错误、缺失，提供的审核材料不完整、不符合报考条件等造成的后果，由本人承担。单位可自报名资格审核至聘用期间取消应聘或聘用资格。 承诺人：年 月 日 |