附件1

**2024年郓城县妇幼保健院**

**第二批引进急需紧缺人才报名表**

报名序号：              （由工作人员填写）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考岗位 |  | 身份证号码 |  | 照 片 |
| 姓 名 |  | 出生年月 |  |
| 性 别 |  | 民 族 |  |
| 学 历学 位 | 学 历 | 毕业时间 | 毕业院校 | 专 业 | 学 位 |
|  |  |   |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 资格证 |  | 资格证书编号 |  |
| 医师执业证编号 |  | 执业范围 |  |
| 通讯地址 |  | 联系方式 |  |
| 邮 箱 |  | 备用联系方式 |  |
| **招考期间考生必须保持通讯畅通， 否则发生的后果由考生本人负责。** |
| 学习及工作简历（从高中填起） |  |
| 报考人 诚信承诺 | **我郑重承诺:本人所提供的个人信息、证明材料、证件等真实、准确,并自觉做到诚实守信,严守纪律,对因提供有关信息证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果,本人自愿承担相应的责任。****报考人签字：       2024年  月  日** |
| 资格审查意见 | 审核人签字： |
| 备 注 |  |

**注：报名序号由工作人员填写，其他栏目由考生本人填写，字体要工整。**