**龙岩市市直医疗卫生单位招聘专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 民族 |  | 贴照片处 |
| 研究生毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 本科毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 毕业时间 |  | 学历 |  | 学位 |  | 身份证号 码 |  |
| 报考岗位 |  | 学位类别 | 专业型（­ ）学术型（ ） | 是否取得执业医师资格证 |  | 是否四证合一 |
| 是否取得医师规范化培训证书 |  |
|  |
| 政治面貌 |  | 在校担任职务 |  | 手机 |  | 固定电话 |  |
| 生源户 籍地 |  | 通讯地址 |  | 是否为龙岩市乡镇卫生院定向委培生 |  |
| 个人简历（从大学开始填写） | 学习起止时间 | 毕业院校 | 专业 | 学位 | 是否双一流 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 主要社会关系(父母或配偶) | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 籍贯 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 申明：本人保证以上所填写内容完全真实，如有不实，本人愿作为自动放弃处理。   申明人： 时间： |
| 招录单位资格审核意见 | 招聘单位审核人签名：年 月 日 |
| 考核招聘领导小组审核意见 | 审核人签名： 领导小组组长签名：年 月 日 |