附件1

2024年荣成市镇街（社区）卫生院招聘

基层医疗服务人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 出生日期 |  | | 照 片 |
| 政治面貌 |  | |
| 毕业学校及时间 |  | | | 专业 |  | 学历 |  |
| 学位 |  |
| 家庭住址 |  | | | 户口所在地 |  | | |
| 联系电话 | 手机 |  | | 身份证号 |  | | | |
| 家庭 |  | | 邮箱 |  | | | |
| 工作简历及取得职称 |  | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | |
| 考试诚信承诺 | | | | | | | | |
| 本人已经认真阅读《2024年荣成市镇街（社区）卫生院招聘基层医疗服务人员的公告》，并保证理解和认同公告中的各项规定。本人承诺已经填写的报考信息准确、真实。  本人签名： 年 月 日 | | | | | | | | |

说明：请仔细阅读，认真填写，涂改无效。