附件4

丰都县卫生事业单位2023年考核招聘定向医学生报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 证件照片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 生源地 |  |
| 身份证号 |  | 户籍所在地 |  |
| 家庭住址 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业学校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 学历、学位 |  | 取得何种教师资格 |  |
| 报考岗位 |  | 联系方式 | 手机： | 座机： |
| 电子邮箱： |
| 个人简历（从初中填起） |  |
| 奖惩情况 |  |
| 本人承诺 | 本人承诺：以上信息真实、有效，若有虚假后果自负。自愿在丰都县乡镇卫生系统服务六年以上。本人签字： 年 月 日 |
| 审核意见 |  审核人签字： 年 月 日 |

填表说明：1本表主要简历从读初中填起，不间断，其相关内容与实际要完全一致；2家庭住址填写考生居住地，户籍所在地填写考生户口所在地址，均从X省（市）X区（县）X镇（乡）X街道（村组）详细填写到门牌号；3考生请准确填写学位类别及层次。如：教育学学士；理学学士等。签字须手签不能打印。