附件：

2024年第四师医院助理全科医生

培训人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  姓 名  |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 免冠彩色证件照片（1寸） |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出生地 |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | 健康状况 |  |
| 最高学历及学位 |  | 毕业院校 |   |
| 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 专业技术职称 |  | 执业资格 |  | 身高： cm体重： kg |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | 目前是否在职  | □是 □否  |
| 学习及工作 经历（从高中入学时间开始填写） |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭主要成员及工作单位和职务 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 所受奖惩情况 |  |
| 报名人员承诺  | 本人已仔细阅读招生简章相关资料，承诺所填写的个人信息和所提供的资料真实准确，并符合招生的要求。如果由于填写个人信息或提供资料不准确、不真实而导致不能正常参加笔试、面试或取消培训资格等情况，则由本人承担全部责任。 承诺人签字： 年 月 日 |
| 审核意见 | 审核人（签名）： 年 　月 　日 （盖章） |
| 备注 | 可备注本人兴趣、爱好： 可备注本人特长：  |

说明：1.此表由报名人员自行下载，填写电子版（正反面打印在一张A4上），如发现所填信息与本人情况不符的，将取消培训资格；

 2.报名人员信息填写完毕并手写签名。