|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2022年荣成市卫生健康局所属公立医院编外人员报名登记表 | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | | 民族 |  | 出生年月 |  | | | 照片 |
| 政治面貌 |  | 身份证号 | |  | | | | | | | | |
| 全日制  学历 |  | 学位 | |  | | | 学制 |  | 毕业时间 |  | | |
| 全日制  所学专业 |  | 毕业院校 | |  | | | | | | | | |
| 非全日制  学历 |  | 学位 | |  | | 学制 | |  | 毕业时间 |  | | |
| 全日制  所学专业 |  | 毕业院校 | |  | | | | | | | | |
| 资格证书类别 |  | | 执业资格证 书编号 | |  | | | | | | 注册专业 | |  |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | 专业工作年限 | | |  | |
| 联系电话1 |  | | | | | 联系电话2 | | | | | |  | |
| 工作学习简历  （请从高中阶段开始填写） |  | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员（称谓且、姓名、年龄、工作单位及职务） |  | | | | | | | | | | | | |
| 报名个人声明 | 我已仔细阅读简章，理解其内容，符合报考条件，我郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证件等真实性、准确性，并自觉遵守各项规定，诚实守信、严守纪律，认真履行报考人员的义务，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，本人自愿承担相应责任。  姓名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |