|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2023年威海市文登区基层医疗卫生技术人员报名登记表 |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 民族 | 　 | 出生年月 | 　 | 照片 |
| 政治面貌 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 基础学历及所学专业 | 　 | 学位 | 　 | 学制 | 　 |
| 最高学历 | 　 | 学位 | 　 | 学制 | 　 |
| 最高学历专业 | 　 | 研究方向 | 　 | 职称 | 　 |
| 取得时间 | 　 | 毕业院校 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 基础学历专业 | 　 | 医师资格证书类别 | 　 |
| 执业资格证书编号 | 　 | 注册专业 | 　 |
| 专业岗位工作年限 | 　 |
| 家庭住址 | 　 |
| 工作单位 | 　 | 联系方式 | 　 |
| 工作学习简历 | 　 |
| 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 |