附：

**滨海县中医院**

**合同制人员报名登记表**

**2024 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 |  | | 出生  年月 |  | |  |
| 籍贯 | |  | | | 政治  面貌 |  | | 学历 |  | |
| 毕业时间、院校及专业 | |  | | | | | | | 学制 |  |
| 学位 |  | | | 联系电话 | | |  | | 身份证  号 码 |  | |
| 家庭详细地址 | | | |  | | | | | | | |
| 个人简历  (初中填起) | | |  | | | | | | | | |
| 获得哪些职业资格证书 | | |  | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 | | |  | | | | | | | | |
| 本人郑重承诺：以上所有信息均属实，如提供虚假信息，本人自愿放弃招聘资格。  承诺人： 时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |