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 |