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。