附件

报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 出生年月 | |  | | | 一寸彩照 | |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 | |  | | 外语水平 | |  | | |
| 学 历 |  | 学 位 | |  | | 毕业时间 | |  | | |
| 毕业学校 |  | | | 专业（方向） | |  | | | | |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话 | |  | | | | |
| 掌握何种 临 床 技 能 |  | | | | | | | | | | | |
| 是否有执业医师资格证书 |  | | | | 执业医师资格证书类别 | | | |  | | | |
| 学习经历（从高中毕业起） | 起止年月 | | 院　校　名　称 | | | | 所学专业 | | | | | 学制 |
|  | |  | | | |  | | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | |  |
| 临床经历及  实习培训经历 | 起止年月 | | 实习、工作、培训单位 | | | | | | | 岗 位 | | |
|  | |  | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | |  | | |
| 意向报考岗位  （作参考） |  | | 本人保证以上所填资料真实准确，如有违事实，愿意取消报名、聘用资格。  本人签字： | | | | | | | | | |

填表日期： 年 月 日