**附件:**

招聘人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报名项目 | 佳木斯市2018年度社区卫生服务中心公开招聘医学毕业生 | | | | | | | |
| 应聘志愿  岗位（专业） | 市 县（区、市） 社区卫生服务中心 专业 | | | | | | | |
| 是否服从市里统一调剂 | 是（否） | | | | | | | |
| 应聘人员基本资料 | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  | | | 蓝底或红底  免冠电子相片 | | |
| 性 别 |  | 民 族 |  | 出生日期 | 年 月 日 |
| 参加基层服务 |  | | | 技术职称 |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | 身体状况 |  |
| 身 份 |  | 身高cm |  | 体重kg |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 高考生源地 |  |
| 户籍所在地 |  | | | | 档案所在地性质 | 单位（个人） | | |
| 工作单位 |  | | | | 工作岗位 |  | | |
| 执业资格证书 |  | | | | 等 级 |  |  | |
| 邮政编码 |  | | 联系地址 | |  | | | |
| 固定电话 |  | 手 机 |  | | 电子信箱 |  | | |
| 专科毕业学校 |  | | | 毕业时间 |  | 专业名称 | |  |
| 本科毕业学校 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  | 专业名称 | |  |
| 硕士毕业学校 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  | 专业名称 | |  |

|  |
| --- |
| **诚信声明**  一、本人已认真阅读招聘公告等政策文件，确认符合报名条件的要求。  二、本人承诺在申报系统中填写的各项个人信息均准确、真实，毕业证书、学位证书、职称证书、身份证等证件的原件均符合国家规定且真实、有效，没有以他人身份、他人照片或其他方式进行虚假报名。  三、应聘考试时遵守考场规则，不作弊，不请人代考。  四、本人承诺只在本社区卫生服务中心报名。  五、如本人有违背上述任何一款的情况，愿承担由此而造成的一切后果。  本人签名： |
| 本人所在单位人事部门：  （盖章）  年 月 日 |