**附件1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2024年三亚中心医院医疗集团招聘工作人员报名登记表** | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 出生年月 | |  | 贴照片处  (一寸彩色  同底照片) | | |
| 民族 |  | 籍贯 | |  | 政治面貌 | |  |
| 专业 |  | 职称 | |  | 联系方式 | |  |
| 身份证号码 |  | | | | E-mail | |  |
| 第一学历 |  | 学位 | |  | 毕业院校 | |  | 时间 | |  |
| 最高学历 |  | 学位 | |  | 毕业院校 | |  | 时间 | |  |
| 规培专业 |  | | | | 起止时间 | |  | | | |
| 现工作单位 |  | | | | 住址 | |  | | | |
| 报考职位 |  | | | | 档案地址 | |  | | | |
| 个人简历 |  | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员 | 姓名 | | 与本人关系 | | | 工作单位及职务 | | | 户籍所在地 | |
|  | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | |
| 报考人  承 诺 | 本人符合报考岗位条件的相关要求，未出现招聘条件中不得报考的情形，所提供的各种相关资料和上述填写内容真实有效。如有不实，本人同意自动放弃本次报考资格，并承担由此引发的一切后果和责任。  报名人签名： 2024年 月 日 | | | | | | | | | |
| 资格审  查意见 | 审查人签名：　　　　　　　负责人签名：　　　　　 （盖 章）  2024年 月 日 | | | | | | | | | |
| 说明：此表为一式两份，所有项目要求如实填写，字迹清楚；因填表不实或联系电话无法联系到本人而造成的一切后果，由填表人承担。 | | | | | | | | | | |