附件

**个人报名表**

报名序号（单位填写）： 报名时间：2024年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **身份证号码** |  |
| **出 生****年月日** |  | **民 族** |  | **籍 贯** |  |
| **毕业学校（全日制）** |  |
| **全日制****学 历** |  | **毕业 时间** |  | **专 业** |  |
| **专业技术****资格名称** |  | **资格取得时间** |  | **联系电话** |  |
| **政 治****面 貌** |  | **居住地** |  |
| **报考岗位** |  | **报考单位****（限选择其一）** | 鞍钢总医院🞎鞍钢总医院千山温泉康复医院🞎 |
| **是否执****业注册** |  | **注册地点** |  |
| **工作经历** |  |
| **本人承诺：此次报名提供的所有资料均真实有效。** |
| **报考人签字（手写签字）：****2024年 月 日** |