|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报名项目 | 佳木斯市市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） | 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 | |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 | |  | 身体状况 | |  | |
| 第一学历 |  | 最高学历 | |  | 学  位 | |  | |
| 户籍所在地 |  | | | | | | 档案所在地性质 | | 单位（个人） | |
| 工作单位 |  | | | | | | 工作岗位 | |  | |
| 医师执业证书编号 |  | | | | | | 医师资格证书  编号 | |  | |
| 住院医师规范化培训证书编号 |  | | | | | | 全科医生转岗培训证书编号 | |  | |
| 技术职称 |  | 等   级 | |  | | | 联系地址 | |  | |
| 固定电话 |  | 手  机 | |  | | | 电子信箱 | |  | |
| 所获荣誉 | 荣誉称号 | | | 表彰日期 | | | 授予单位（部门） | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 工作简历从（高中起点填写） | 参加起止时间 | | 工作单位 | | | 岗位/职务 | | 考生类别（填写统招、自考、成人、函授等） | | 取得学历/学位 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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 |
| 招聘单位或相关部门审核意见：                                     （盖章）                                          年     月     日 |