附件

**海南省妇幼保健院住院医师规范化培训学员报名表**

 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别  |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历  |  | 学 位 |  | 身高 |  |
| 毕业时间 （全日制） |  | 毕业院校、 系及专业 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 报考专业 | 第一专业 |  | 是否服从调剂 |  |
| 第二专业 |  |
| 学习工作简历 |  |
| 奖惩 情况 |  |
| 报考承诺 | 以上所填内容属实，若有虚假，招聘单位有权解除培训合同。 应聘者手工签名： |
| 备注 |  |

注意：1.本表中所填内容以及所提供材料均真实有效，如有不实之处，取消录用资格。

2.为保证能顺利报名，请用快递投寄**。**