附件1：

西秀区医疗融合体临床医生长期招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 出生日期 |  |
| 政治面貌 |  | 户籍所在地 |  |
| 取得职称 |  | 学历 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 是否满足该岗位要求的报考条件 |  | 联系电话 |  |
| 主要简历（从高中开始填写） |  |
| 报名信息确认栏 | 以上填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。考生签名： 代报人员签名： |
| 请粘贴1张近期正面1寸免冠同底彩色证件照 |

**注：1.本表须用A4纸打印（只收打印表）并在“考生签名”处亲笔签。**