云南省第三人民医院2024年高校毕业生就业见习基地学员招聘报名登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基 本 信 息 | 姓名 |  | 性别 |  |  |
| 出生年月 |  | 民族 |  |
| 身份证号 |  |
| 外语语种 |  | 外语成绩 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业学校 |  | 所学专业 |  |
| 政治面貌 |  | 毕业时间 |  |
| 工作单位 |  |
| 是否符合报考岗位其他招聘条件 | □是 □否 |
| 符合其他招聘条件具 体情况 |  |
| 是否在培的非 2024年结业的住院医师规范化培训学员 | □是 □否 | 考生身份 | □2024 、2023、2022 届高校毕业生，且未就业□非应届毕业生 |
| 是否取得住院医师规范化培训合格证书 | □是 □否 | 规培专业 |  |
| 职称 |  | 职（执）业资格证 |  |
| 学历性质 | □国家普通招生计划 □成人教育 | 专业技术资格证 |  |
| 联系电话 |  |
| 报 考 信 息 | 报考单位 | 云南省第三人民医院 |
| 报考岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 备注 |  |
| 协 议 条 款 | 本人已仔细阅读《云南省第三人民医院2024年高校毕业生就业见习基地学员招聘公告》清楚并理解其内容。承诺报名时必须遵守国家、省级人事部门有关政策规定，保证所提供资料的真实性，若存在需弄虚作假行为，自报名之日起至聘用期间的任何时刻均可被聘用单位取消报考或聘用资格；若因信息填写错误、缺失等原因造成的一切后果，由本人承担。报考者若同意上述条款，请在此签名。考生签名（手签）： |
| 现 场 审 核 情 况 | 招聘单位审核意见 | 考生签名 |
| 单位签章：年 月 日 | 本人同意用人单位审核结果签名（手签）：年 月 日 |

备注：此表需线上填写完毕后打印为纸质版，并由本人在签名处签名，请考生妥善保管，资格复审时仍需提供。