附件4

2024年扶绥县公开招聘医疗卫生事业单位专业技术人员报名登记表

序号： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  | 张贴相片 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  |
| 籍贯 |  | 政治面貌 |  | 婚否 |  | 健康状况 |  |
| 常住户口所在地或生源地（省、市、县） |  | 身份证号码 |  |
| 学历教育类型 | 毕业时间 | 毕业院校 | 专业 | 学历 | 学位 | 是否全日制 |
| 普通高等教育 |  |  |  |  |  |  |
| 其他学历教育 |  |  |  |  |  |  |
| 执业资格 |  | 取得执业资格时间 |  | 职称资格 |  | 取得职称资格时间 |  |
| 通讯地址 |  | 电子邮箱 |  | 手机号码 |  |
| 工作单位 |  | 参加工作时间 |  | 从业年限 |  | 是否在编在职人员 |  |
| （从全日制学历开始填写）个人简历 |  |
| 考核测评计分情况（由报名资格审核人员报名现场填写）  | 加分项目 | 加分依据 | 加分分值 | 审核人签名 |
| ①执业资格 | 主任医师（护师）10分、副主任医师（护师）5分 |  |  |
| 取得资格时间： 年 月（年限： 年 月） |  |  |
| ⑥执业资格年限 | 每满一年加2分。取得资格年限： 年 月 |  |  |
| ⑦获奖情况 | 按公告规定，获 级奖励加 分 |  |  |
| **测评总分（取①至⑤项中分值最高一项加上第⑥、⑦项）：共 分。** | 报名者签名 |  |
| 报名人郑重承诺 | **以上情况及提供的报名材料均属真实，若有隐瞒、虚报、欺骗、作假等行为，本人愿意承担一切法律后果和责任。报名人（签名按手印）： 年 月 日** |
| 报名资格审查 意见 | 初审意见 |  | 初审人签名 |  |
| 复审意见 |  | 复审人签名 |  |