附件2

乐清市卫健系统提前招聘高层次医疗人才和2024届医药卫生类优秀毕业生报名表

报考单位： 单位岗位是否接受调剂□ 报名编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | | 性别 | |  | 生源地 | |  | | | | | | 照片 | |
| 户口  所在地 | |  | | | | 政治  面貌 | |  | 身份证号码 | |  | | | | | |
| 专业技术资格（职称） | |  | | | | 执业类别或学科方向 | |  | 熟悉领域 | |  | | | | | |
| 毕业院校（普通高等学校） | 本科 | |  | | | 学位 | |  | | 专业 | |  | | | | 毕业时间 | |  |
| 研究生 | |  | | |  | |  | | | |  |
| 是否为住院医师规范化培训合格同等对待对象 | | | |  | 住培合格证专业类别 | |  | | | 应届生现同专业成绩排名 | | |  | | 占学校同专业前 | | | %以内 |
| 现工作（实习）单位 | |  | | | | | | | | | | | | 手机号码 | |  | | |
| 家庭地址 | |  | | | | | | | | | | | | 备用号码 | |  | | |
| 学习工作  简历 | | (从高中阶段开始填写，履历相互衔接，不能出现间断)。  例如:2007.09--2010.08·XX省XX市XX中学学生 2010.09--2014.08·XX大学XX专业大学本科学生  2014.09--2017.08·XX大学XX专业硕士研究生 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 个人学术成就及荣誉 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报考人承诺 | | 以上本人个人有关信息及提供的证明、证件等相关材料真实、准确，如有违反，本人自愿承担相应责任。  　　　　　　　　　　　　承诺人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格审核意见 | | 审核人签名： 时间： | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件3

**2024届毕业生证明**

兹有 ,性别 ， 年 月出生，身份证号码为 ,于 年 月至今在我校 学院 专业 班学习，学制为 年，该专业为普通高等学校（基础医学/临床医学/口腔医学/公共卫生与预防医学/医学技术/中医学/中西医结合/药学(非制药）/中药学/护理学)类（博士/硕士/本科）专业。该生预计毕业时间为2024年 月。该学校专业共有学生 名，该生前 个学期综合考评成绩排名专业第 名，属专业前 （具体到小数点后1位）%。

特此证明。

　 　　所在学校(院)意见：

　　经办人签名：

　　　　　　（盖章）

　　　　年 月 日

注：此证明一式两份。