2024年萍乡市第三人民医院青年见习申报表

学校所在省、市： 学校名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |  |
| 民 族 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  |
| 学 历 |  | 院 (系)专 业 |  |
| 入学前户籍所在地 |  |
| 联系电话 |  | 电子信箱 |  |
| 家庭通信地址及电话 |  |
| 见习时间 |  |
| 见习科室、岗位 |  |
| 是否服从调剂 |  |
| 个人简历 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 学校期间奖励和处分 |   |
| 本人承诺 | 1.本人自愿参加就业见习，保证本人相关信息真实。2.本人将按照规定的时间及时前往见习单位报到，并服从岗位分配，不以任何理由拖延。3.见习期间，本人将自觉遵守国家法律，服从单位管理，爱岗敬业，尽职尽责。4.见习期满，按时离岗，并做好工作交接。本人签字： 年 月 日 |
| 医院意见 | 年 月 日 |
| 备 注 |  |