附件2:

**济源示范区2020年基层医疗卫生事业单位面向**

**社会公开招聘医学专业技术人员报名表**

报名序号： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性别 |  | | 民族 |  | 出生  年月 |  | | | | | 照片 | |
| 政 治 面 貌 |  | | | 籍贯 |  | | | 专业技术职称 |  | | | | | |
| 身 份 证 号 |  | | | | | | | 执 业 资 格 |  | | | | | |
| 报 考 学 历 |  | | 学位 | |  | | | 毕 业 时 间 |  | | | | | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | 所 学 专 业 |  | | | | 是否全日制普通高等院校学历 | | |  |
| 报考单位 | |  | | | | | | 报考岗位代码  及专业要求 | | |  | | | | | |
| 现 工 作  单 位 | |  | | | | | | | 参加工作 时 间 | | |  | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | 邮政编码 | | |  | | | | |
| 移动电话 | |  | | | | 固定电话 | |  | | 电子邮箱 | | | |  | | |
| 学 习 及  工作简历 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺 | | 本表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料（择业期高校毕业生未落实单位承诺书）和照片等真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  报名人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格审查意 见 | | 审查人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |