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 |