附件2:

**济源产城融合示范区2023年面向社会公开招聘卫生健康事业单位工作人员报名表**

报名序号： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 民 族 |  | | | 照片 | |
| 出生日期 |  | | 政治面貌 |  | | 籍 贯 |  | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | |
| 执业资格 |  | | | 专 业 技  术 职 称 | |  | | | |
| 报考学历 |  | | 学 位 |  | | 所学专业 | |  | | | |
| 毕业院校 |  | | | | | 毕业时间 | | |  | | |
| 报考学历是否全日制普通高等院校学历 | |  | | | | 是否取得住院医师规范化培训合格证书 | | | | |  |
| 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 | |  | | | |
| 联系电话 |  | | | | | 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 | | | | | | | | | | |