附件2

2017年泰顺县公开招聘医疗卫生事业单位专业技术人员报名表

报名序号（工作人员填写）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 照片 |
| 性 别 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 是否已婚 |  |
| 现户口所在地 |  | 家庭详细通讯地址 |  |
| 执业资格 |  | 联系方式 | 电话 |  |
| 手机 |  |
| 全日制普通院校学历 |  | 学制 |  年 | 毕业院校及所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 招聘岗位专业 |  | 岗位专业代码 |  |
| 简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| **本人承诺：上述填写报名信息及提供材料真实完整。若有弄虚作假，愿意承担一切责任。**（签名）： 年 月 日  |
| 县卫生计生部门审核意见 | 签字： 年 月 日  | 县人力社保部门审核意见 | 签字： 年 月 日  |

**注：本表由报考人员如实填写。** 填表时间： 年 月 日