|  |
| --- |
| **附件2** |
| **2020年德城区卫生健康系统公立医院引进急需紧缺人才报名登记表**  |
|  |  |  |  |  | **报名序号：** |  |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  | **照片** |
| **民 族** |  | **政治面貌** |  | **籍 贯** |  |
| **身份证号** |  | **健康状况** |  |
| **户口所在地** |  | **家庭住址** |  |
| **现工作单位** |  | **职称** |  | **参加工作时间** |  |
| **从事专业** |  | **身份** |  | **联系电话** |  |
| **毕业学校** |  | **所学专业** |  | **毕业时间** |  |
| **学 历** |  | **学 位** |  | **是否全日制** |  |
| **报考单位** |  | **报考岗位代码** |  |
| **医师资格证书编号** |  | **医师执业证书编号** |  |
| **报考岗位所需其他证件名称** |  | **是否回避** |  |
| **学习及工作经历（从高中填起）** |  |
| **家庭成员及主要社会关系** |  |
| **审核意见** |  **审核人签名： 审核日期：** |
| **备注** |  |