附件2：

2020年大连市中山区补充社区卫生服务机构非事业编制医疗卫生专业技术人员报名登记表

**报名序号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 身份证号 |  | | | 照  片 |
| 性别 |  | 民族 |  | 出生日期 |  | 政治  面貌 |  |
| 户口  所在地 |  | | | 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业院校 |  | | | 学位类型 |  | | 毕业时间 |  |
| 外语语种 |  | 等级水平 | |  | 所学专业 |  | | |
| 专业技术  职称 |  | | | | 研究方向 |  | | |
| 工作单位 |  | | | | 联系方式 |  | | |
| 应聘单位 |  | | | | 应聘岗位 |  | | |
| 学  习  、  工  作  经  历 |  | | | | | | | |
| 何时  何地  受过  何种  奖励 |  | | | | | | | |
| 本人承诺：所填写（提供）的个人基本情况、学历、专业、执业资格等报考信息及提供的证件材料均真实有效，无弄虚作假。如因个人报名填写信息和本人真实情况不一致造成资格审查不合格、提供有关信息证件不真实、所学专业和应聘岗位专业要求不相符、不属于招聘范围或违反有关纪律规定等造成的后果，本人自愿承担责任。  本人签字（手印）： 年 月 日 | | | | | | | | |