附件2

基层医疗卫生机构2019年公开招聘医学人才报名表（启东）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | **照片** |
| **身份证****号 码** |  | **政治面貌** |  |
| **全日制教育****学历及学位** |  | **毕业院校** |  |  |
| **毕业时间** |  | **毕业专业** |  |
| **在职教育****学历及学位** |  | **毕业院校** |  |
| **毕业时间** |  | **毕业专业** |  |
| **报考岗位****序 号** |  | **报考单位** |  | **籍贯** |  |
| **现有专业技术资格** |  | **取得****时间** |  |
| **家庭详****细地址** |  | **联系****方式** | **常用电话：** |
| **其它电话：** |
| **个人****简历（从高中开始）** |  |
| **奖惩****情况** |  |
| **审核****意见** |  |
| **填表说明** | **1.此表相关内容由本人按要求如实填写。发现弄虚作假的，取消报名或聘任资格，后果由考生负责。2.字迹清楚，不得涂改。报名表上交后一律不予更改。** |

 **本人确认签名：**

**年 月 日**