**附件2:**

马鞍山市雨山区卫生健康委员会

2019年度公开招聘基层医疗机构工作人员报名表

|  |  |
| --- | --- |
| 报考岗位及代码 |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生日期 |  | 籍贯 |  | 照片 |
| 户籍 |  | 住地 |  | 婚姻状况 |  | 政治面貌 |  |
| 身高 |  | cm | 体重 |  | kg | 身份证号 |  |
| 最高学历 |  | 专业 |  | 毕业日期 |  | 职称 |  |
| 毕业院校 |  | 联系电话 |  |
| 主要学习简历 | 起止年月 | 就读院校 | 所学专业 | 证书名称 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历 | 起止年月 | 工作单位 | 部门/职位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 家庭主要成员及社会关系 | 姓名 | 与本人关系 | 工作单位 | 部门/职位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 曾获何种专业证书，有何特长 |  |
| 个人简介 |  |
|
| 通信地址 |  | 邮编 |  | 电子邮箱 |  |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。 承诺人：（签名） 年 月 日 |
| 审核意见 |  审核人：（签名） 年 月 日 |