附件2：

**长汀县医疗卫生单位公开招聘报名登记表**

报考专业（单位）：                              编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓   名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠一寸彩照 |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 专   业 |  | 任职资格 |  |
| 学   历 |  | 户籍所在地 |      省     县     乡（镇） |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 现工作单位（是否在编人员） |  | 在长汀县何乡镇卫生院工作及起止时间 |  |
| 个人学习工作简历 |  |
| 所在单位或主管部门意见：            （盖章）  2019年    月    日     |
| 本人承诺：上述填写内容和提供的有关材料依据真实，符合招聘公告（实施方案）的报考条件。如有不实，本人自愿放弃聘用资格并承担全部责任。承诺 人（签名）：                                                             2019年    月    日      |
|  审核人（签字）：                                        2019年    月    日    |