附件2

2020年临海市市级医疗卫生单位直接考核招聘报名表

 报考单位： 报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠一寸白底彩照 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 全日制学历 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 专业技术职称 |  |
| 原户籍所在地 |  | 身份证号码 |  |
| 家庭地址 |  | 联系电话 |  |
| E-mail |  |
| 学习简历(高中起至最高学历) | 高中： 年 月至 年 月就读于 |
|  |
|  |
|  |
| 招聘条件（大学期间获奖情况） |  |
| 审核意见 |  | 审核人（签名） |  |
| 备注 |  |

注：“原户籍所在地”指上大学前户口所在地。表中所填写的信息和报名提供的材料必须真实，如发现伪造或不符合招聘条件，自动取消应聘资格。