附件2

2020年苏州高新区部分基层医疗卫生事业单位招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生年月 |  | | 照片 |
| 籍贯 | |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | |
| 毕业院校 | | |  | | 所学专业 |  | |
| 学历学位 | | |  | | 毕业时间 |  | |
| 现户口所在地 | | |  | | 是否是全日制普通高校学历 | | |  |
| 家庭详细住址 | | |  | | | | | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | |
| 现工作单位 | | |  | | | | | |
| 何时取得何专业  何级别执业资格证书 | | |  | | | | | |
| 报考单位 | | |  | | 报考岗位 | |  | |
| 岗位编号 | | |  | | 本人联系电话 | |  | |
| 主  要  简  历 | （从高中学习开始连续填写至今） | | | | | | | |
| 以上信息均为真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。  考生（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 报名资格审查意见 | 审查人（签名）：    年 月 日 | | | | | | | |