附件2

**高要区基层医疗卫生机构全科医生特设岗位竞聘**

**报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 贴相片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 工作单位 |   | 竞聘岗位 |  |
| 身份证号码 |  | 手机号码 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 全日制教育毕业院校及专业 |  | 学历及学位 |  |
| 在职教育毕业院校及专业 |  | 学历及学位 |  |
| 专业技术资格 |  | 职业资格 |  | 执业资格 |  |
| 学习、工作经历（何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从中学开始，按时间先后顺序填写） |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家 庭成 员及 主要 社会 关系 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 有何特长及突出业绩 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 本人承诺 | 1、上述资料属实，并与提交的资料一致。如有作假或不符，同意取消考试资格。 2、本人与报名前原单位签订的劳动或聘用合同涉及的有关法律责任由本人全部承担。   承诺人签名： 承诺日期： 年 月 日 |
| 资格审核意见 |  审核日期： 年 月 日 |
| 备注 |  |

说明：**1、此表由报名者本人逐栏如实填写，没有内容的可填写“无”。**

1. **经审核发现与事实不符的，视为提供不实报考信息，取消面试资格。**
2. **此表用A4纸双面打印。**