附件2

秭归县2020年度公开引进卫生健康事业单位工作人员报名表

报考单位： 报考职位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  |  |
| 籍贯 | | |  | | 民族 | |  | | 政治面貌 | |  |
| 学历 | | |  | | 学位 | |  | | 毕业时间 | |  |
| 参加工作时间 | | |  | | 健康  状况 | |  | | 身份证号 | |  | |
| 执业医师资格证号 | | |  | | 住院医师规培证号 | |  | | 专业技术职称 | |  | |
| 毕业  院校 | | |  | | | | | | 所学专业 | |  | |
| 现工作单位 | | |  | | | | | | 联系电话 | |  | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | | | | | |
| **本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，符合引进公告的报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。**  **报考承诺人（签名）： 2020 年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 | | |  | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | | | 称谓 | | 姓名 | | 年龄 | | 政治面貌 | | 工 作 单 位 及 职 务 | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |
| 引进单位审查意见 | | | (盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 备 注 | | |  | | | | | | | | | | |

注：1、简历从大、中专院校学习时填起。2、栏目中无相关内容的填“无”。3、A4正反打印。