附件2：

武安市卫生健康局2020年选聘硕士人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  | 婚 否 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 户口所在地 |  |
| 现住址 |  |
| 英语等级 |  | 计算机等级 |  |
| 学历 |  | 专业 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 学位 |  | 取得时间 |  |
| 读研期间主攻方向 |  | 在校期间担任职务 |  |
| 执业医师资格证书取得时间 |  | 执业医师注册专业 |  | 技术职称（有工作经历者填写） |  |
| 读研期间导师姓名、专业及单位 |  |
| 毕业课题及论文 |  |
| 在校期间所获荣誉情况 |  |
| 有无受过处分 |  |
| 工作经历 |  |
| 本人承诺： 以上信息真实、准确。如有虚假，本人愿意承担相应的责任。 本人签名(手写)： 日期： |
| 初审意见 | 审核人签字：年 月 日 | 复审意见 | 审核人签字：年 月 日 |