附件2

**长汀县医疗卫生单位公开招聘报名登记表**

**报考专业：**  **报考单位：** **职位代码：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠一寸彩照 |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 专 业 |  | 任职资格 |  |
| 学 历 |  | 户籍所在地 |  省 县 乡（镇） |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 现工作单位 |  | 在长汀县何乡镇卫生院工作及起止时间 |  |
| 个人学习工作简历 |  |
| 所在单位意见：  （盖章） 2020年 月 日  |
| 本人承诺：上述填写内容和提供的有关材料依据真实，符合招聘公告（实施方案）的报考条件。如有不实，本人自愿放弃聘用资格并承担全部责任。承诺 人（签名）：  2020年 月 日  |
| 审核人（签字）： 2020年 月 日  |