附件2

**峡江县县直医疗单位公开招聘医学硕士研究生报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | | 性别 |  | 出生年月 | |  | 相  片 |
| 籍贯 |  | | | | | 身份证号 | |  | | |
| 全日制 学历 | | |  | | | 毕业院校  及专业 | |  | | |
| 入党时间 | | | |  | | | 家庭住址 | |  | | |
| **联系电话** | | | | | | |  | | | | |
| 报考岗位 | | | |  | | | | | | | |
| 简  历 | |  | | | | | | | | | |
| 家庭成员及  主要社会关系 | | 与本人关系 | | | 姓 名 | | 年 龄 | 政 治 面 貌 | | 工作单位及职务 | |
|  | | |  | |  |  | |  | |
|  | | |  | |  |  | |  | |
|  | | |  | |  |  | |  | |
|  | | |  | |  |  | |  | |
| 奖惩  情况 | |  | | | | | | | | | |
| 承诺：  本人保证以上所填资料属实，如果提供虚假资料，本人愿意放弃录取资格。  承诺人签名：                     时间： | | | | | | | | | | | |
| 资格审查情况 | | |  | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |