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 |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |