附件2：

|  |  |
| --- | --- |
| 报名序号（工作人员填写） |  |

**2020年桐乡市卫生健康局下属部分事业单位**

**招聘医学类专业人才报名表**

**报考单位：**  **报考岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 所学专业 |  | 执业医师资格证书 |  |
| 毕业时间院校 |  |
| 家庭地址 |  | 邮政编码 |  |
| 移动电话 |  | 固定电话 |  |
| 个人简历 |  |
| 受过何种奖励处分 |  |
| 有何特长 |  |
| 招考单位审核意见 | 签名：年 月 日 | 招市卫健局审审核意见 | 签名： 年 月 日 | 市人力社保局审核意见 | 签名：年 月 日 |

**特别提醒：报考人员应对本人提交的信息和材料的真实性负责，凡提供虚假信息而通过招聘资格条件审查的，一经查实，取消考试或聘用资格。**