附件1

成都市新都区2020年第二次面向社会公开考核招聘卫生专业技术人才申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 出生日期 | |  | | 近期一寸  正面半身  免冠  彩色照片 |
| 政治面貌 |  | | 民族 | |  | 籍贯 | |  | |
| 学历  （学位） |  | | 毕业时间 | |  | 学制 | |  | |
| 毕业学校 |  | | | | 所学专业 |  | | | |
| 现从事专业 |  | | | | 身份证号 |  | | | | |
| 专业技术  职务名称 |  | | | | 取得时间 |  | | 电话/手机 | |  |
| 执业类别 |  | | | | 执业地点 |  | | | | |
| 执业范围 |  | | | | 拟引进单位 |  | | | | |
| 档案保管  单位 |  | | | | | | | | | |
| 户口迁移  地址 |  | | | | | | | | | |
| 接收单位意见：  签字（盖章）：  年 月 日 | | 接收单位主管部门意见：  签字（盖章）：  年 月 日 | | 卫生人才办考核意见：  签字（盖章）：  年 月 日 | | | 人社局意见：  签字（盖章）：  年 月 日 | | 区委编办意见：  签字（盖章）：  年 月 日 | |
| 新都区人才工作领导小组意见：    主要负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | |