附件2

 沙湾区公开招聘卫生专业技术人员报名登记表

**应聘岗位名称： 序号（医院填写）：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 任现职时 间 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 现职称 |  | 证书编号 |  |
| 现职称时间 |  | 联系电话 |  |
| 工作经历及工作业绩 |  |
| 近五年是否有违规违纪行为或发生过重大医疗事故 |  |
| 应聘人员承诺及签名 | 本人承诺：真实、准确、完整地提供本人相关证明材料；不弄虚作假，不伪造不使用假证明、假照片、假证书；保证符合招聘的资格条件。对违反以上承诺所造成的后果，本人自愿承担相应责任。 应聘人员签字： 年 月 日 |