附件2

桃江县卫生健康系统

2021年下半年公开招聘卫生专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **报考单位：     报考岗位（代号及名称）：     报名序号：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | | |  | | | | 性别 | |  | | 民族 | | | | |  | | | | 相 片 | |
| 出生年月 | | | |  | | | | 政治面貌 | |  | | 户籍所在地 | | | | |  | | | |
| 身份证号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **学历学位** | 符合报考岗位条件学历 | | | |  | | 毕业  学校 | |  | | | | 所学  专业 | | |  | | | 毕业  时间 |  | 学位 | □ 博士  □ 硕士  □ 学士 |
| **执业**  **资格及职称** | * 执业医师 □ 执业助理医师 | | | | | | | | | | | 注册类别 | | | | | |  | | 注册  范围 |  | |
| * 护士执业证 | | | | | | | | | | | 护士执业证是否在有效期内 | | | | | | * 是 □ 否 | | | | |
| * 初级职称 □中级职称 □高级职称 | | | | | | | | | | | 职称名称 | | | | | |  | | | | |
| 联系电话 | | | 本人手机： | | |  | | | | | | | | | **（温馨提示：请填写能联系到本人的手机号码）** | | | | | | | |
| 家属手机： | | |  | | | | | | | | |
| 应  聘  人  员  承  诺 | | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。**  **应聘人签名：**  **年 月 日** | | | | | | | | | 资  格  审  查  意  见 | | | **经审查，符合应聘资格条件。**  **审查人签名： 审查单位（章）**  **年 月 日** | | | | | | | | |