附件2

攸县县直医疗机构公开选调专业技术人员报名表

|  |
| --- |
| 报考岗位： 报名序号： |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  |  |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 学历学位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  | 相片 |
| 职称、执（职）业资格 |  | 取得时间 |  |
| 执业范围 |  | 行政职务 |  | 任职时间 |  |  |
| 身份证号 |  | 婚姻状况 |  |
| 通讯地址 |  | 户籍地 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 简历 |  |
| 单 位 意 见 |  工作单位盖章 |
| 报考人员承诺 | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合报考岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和相关资格。****报考人签名：****年 月 日** | 资格审查意见 | **经初步审查，符合报考资格条件。****审查人签名：** **年 月 日** |
| 备注 |  |

**说明：**1.报名序号由工作人员填写。2.报考人员必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消考试或选调资格。3.经初步审查符合报名条件，由报考人员现场确认，此报名表由选调方留存。4.报考人员需准备1寸彩色照片4张。