附件2

绵阳市安州区2023年上半年公开考核招聘医疗卫生专业技术人才报名信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考岗位名称 | | |  | | | | | 岗位编码 | | |  | | | 照 片 |
| 姓 名 | | |  | | | | 性别 |  | | | 出生年月日 | |  |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | | | 政治面貌 | |  |
| 学历 学位 | 全日制 教育 | |  | | 毕业院校及专业 | |  | | | | 毕业时间 | |  |
| 在职教育 | |  | | 毕业院校及专业 | |  | | | | 毕业时间 | |  | |
| 是否属  在职人员 | | |  | | 现工作单位  （机关事业在编在岗人员填写） | | | |  | | | | 工作年限 |  |
| 职 称 | |  | | | 执业范围 | |  | | | | | | 任职年限 |  |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | | 邮编 | |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | 备注 | |  | |
| 本人学习  或 工作经历 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 主要社 会关系 | | 姓名 | | 性别 | | 出生年月 | | | | 现工作单位及职务或职称 | | | | |
|  | |  | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | |  | | | |  | | | | |
| 初审核  意见 | | 审核人：  年 月 日 | | | | | | | | 复审  意见 | | 审核人：  年 月 日 | | |

**说明：** 1、此表由报考者本人填写；

2、请报考者如实详尽真实准确地填报个人资料，如所填信息与事实不符，或提供虚假材料的，将取消报考资格，后果由报考者自负；

3、请报考者仔细阅读公告和报考资格条件，完全符合报考资格条件的填写此表。

考生签名：