附件2

成都市郫都区卫生健康局考核选聘2024届

医学类毕业生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 照片 | |
| 政治面貌 |  | | 民 族 | |  | |
| 出生年月 |  | | 健康状况 | |  | |
| 户籍所在地 |  | | 联系电话 | |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | |
| 学历学位 | 全日制教育 |  | | 毕业时间、院校、专业 | |  | | |
| 现有职称 |  | 是否规培 | |  | | 规培专业 | |  |
| 规培单位 |  | | | | 是否正式事业在编人员 | | |  |
| 意向单位 |  | | | | 是否服从调配 | | |  |
| 本  人  简  历 |  | | | | | | | |
| 奖  惩  情  况 |  | | | | | | | |
| 单位审核意见 |  | | | | | | | |