**附件2:**

**永和县中医医院2024年自主招聘工作人员** **报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  | 性别 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | | 身份证号 |  | |  |
| 家庭地址 |  | | | | |  |
| 现住址(通联地址) |  | | | | |  |
| 手机号码 |  | | | | 固定电话 |  |
| 报考单位 |  | | | | 报考岗位 |  |
| 资格证书名称 |  | | | 取得资格证书时间 | |  |
| 是否有执业证书 |  | | 注册执业范围 | |  | |
| 最 高 学 历 | 毕业院校 |  | | | 是否全日制 |  |
|  | 学 历 |  | | | 专 业 |  |
|  | 学 位 |  | | | 毕业时间 |  |
| 全日制学历 | 毕业院校 |  | | | 是否全日制 |  |
|  | 学历 |  | | | 专 业 |  |
|  | 学位 |  | | | 毕业时间 |  |
| 是否定向、委培 应届生 |  | | 定向委培单位是否同意 | |  | |
| 现工作单位 |  | | 现工作单位和主  管部门是否同意  报考 |  | 是否具有应聘  岗位要求的  工作经历 |  |
| 服务基层项目名称 |  | | 是否服务期满并 考核合格 |  | 服务地点 |  |
| 审核意见 | 审核者签名： | | | | | |