附件2：

2020年博望区引进医疗卫生人才报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **招聘单位名称** |  | **招聘岗位名称** |  |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | 一寸免冠照片 |
| 身份证号 码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 户 籍所在地 |  省（市） 县（市、区） | 婚姻状况 |  |
| 最高学历 |  | 学 位 |  | 专业技术职 称 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  | 毕 业时 间 |  |
| 现工作单位及岗位 |  | 单位性质 |  | 参加工作时间 |  |
| 家庭详细地 址 |  | 固定电话（必填） |  | 手 机（必填） |  |
| 奖惩情况 |  |
| 个人简历 |  |
| **本人承诺：**本人符合报名条件要求，在报名表中填报的信息真实、准确、一致。所提供的学历证书等相关证件均真实有效。如有弄虚作假或填写错误，由本人承担一切后果，并自愿接受有关部门的处理。本人签名： 年 月 日 |
| 资格审核意见 |  审核人： 年 月 日 （盖章） |