|  |
| --- |
| 附件2 |
| 示范区2019年卫生系统公开招聘医务人员报名表 |
| 填表日期： 年 月 日 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 2寸彩色免冠照片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 学历（学位） |  | 毕业时间 |  | 专业技术任职资格 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 报考岗位 |  |
| 本人简历 |  |
| 报名人承诺 |     本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有虚假，本人愿承担由此产生的一切后果。  报名人签字： |
| 资格审查 意见 |  审查人签字：  年 月 日  |