附件2

仙桃市2020年度医疗卫生单位公开招聘工作人员报名表

报考单位： 报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 电子照片 |
| 性 别 |  | 出 生年 月 |  | 籍 贯 |  |
| 政 治面 貌 |  | 婚 否 |  | 身体状况 |  |
| 毕业学校 |  | 所学专业 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 毕业时间 |  |
| 本专业工作年限 |  | 是否同意调剂岗位 |  |
| 专业技术资格、执业资格 |  | 取得资格时 间 |  |
| 原工作单位及岗 位 |  | 参 加 工作 时 间 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 箱 |  |
|  学习工作经历（高中阶段起） |   |
| 家 庭 主要 成 员 |  |
| 报名审核意见 |  审核人： 年 月 日 |
| 备 注 | 1、  |