

## 附件 2

# 广东省韶关市武江区 2021 年“丹霞英才”医疗卫生类公开招聘 报名登记表

报考单位: 武江区医疗卫生机构

报考岗位名称:

岗位代码:

人员编号:

姓 名		性 别		民 族		贴 相 片
出生年月		籍 贯		政治面貌		
现户籍地	省 市 ( 县 )			婚姻状况		
身份证号码				联系电话		
通讯地址				邮 编		
毕业院校				毕业时间		
所学专业				学历及学位 ( 注 明全日制/非全日制 )		
工作单位 ( 注明编内/编外 )				单位性质		
裸视视力			矫正视力		身高	
专业技术资格 ( 正高/副高/中级/初级 )			职业资格		执业资格	
学习、工作经历 ( 何年何月至何 年何月在何地、何 单位工作或学习、 任何职, 从中学开 始, 按时间先后顺 序填写 )						
备注: 如有在医疗卫生机构工作经历, 请注明该医疗卫生机构等级及从事的具体工作。						

家庭成员及要会系	姓名	与本人关系	工作单位及职务	户籍所在地
有何特长及业绩				
奖惩情况				
应聘人员承诺	<p style="text-align: center;">本人承诺所提供的材料及填写表格的内容真实有效，没有违反计划生育政策，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。</p> <p style="text-align: center;">应聘者签名：_____ 年 月 日</p>			
审核意见	<p>经审核，同意报名。</p> <p style="text-align: center;">审核人签名：_____ 审核日期： 年 月 日</p>			
备注				

说明：此表正反双面打印，须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。