附件2

|  |
| --- |
| 重庆两江新区2023年基层医疗卫生机构公开招聘紧缺专业技术人员报名登记表 |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 身份证号 |  |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 健康状况 |  | 毕业日期 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业专业 |  |
| 第一学历 |  | 学位 |  |
| 最高学历 |  | 学位 |  |
| 执业资格 |  | 技术职称 |  |
| 现工作单位 |  | 从事岗位相关工作经历年限 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮件 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 填写信息属实承诺 | 本人承诺以上所填报内容和所提供的相关证件及复印件均真实可信，符合报名条件，如有造假行为，取消招录聘用资格，并愿承担由此产生的一切后果。 报考人员签名： 年 月 日 |
| 资格审查结果 |  审查人签名： 年 月 日 |