附件2：

新兴县招聘医疗卫生人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 彩色相片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号码 |   | 婚姻状况 |  |
| 现通讯地址 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 学历及学位 |  |
| 应聘单位 |  | 应聘职位代码 |  |
| 原单位名称及性质 |  | 个人联系电话 |  |
| 裸视视力 |  | 矫正视力 |  | 身高 |  |
| 专业技术资格及职称 |  | 执业资格 |  | 执业范围 |  |
| 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） |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 有何特长及突出业绩 |  |
| 奖 惩情 况 |  |
| 个人承诺 | 本人承诺以上填报内容和提供的材料完全真实,如有虚假,本人愿意承担由此产生的一切后果。承诺人签名： 日期： 年 月 日 |
| 招聘单位审核意见 | 审核意见：审核人： 单位盖章日期： 年 月 日 |
| 备 注 |  |