附件2

2024年大连市沙河口区公开招聘

医疗卫生工作人员考试报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  | | | 照  片 |
| 出生年月 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 |  | | |
| 学 历  学 位 |  | | | 学位类型 |  | | |
| 所学专业 |  | | | 是否完成规 培 | □是 □否 | | |
| 专技职称 |  | | | 专技职称研究方向 |  | | | |
| 户口  所 在 地 |  | | | 现住址 |  | | | |
| 现 工 作  单 位 |  | | | 联系电话 |  | | | |
| 报考单位 |  | | | 报考岗位 |  | | | |
| 学  习  和  工  作  经  历 | （从高中开始填写） | | | | | | | |
| 诚  信  承  诺 | 本人郑重承诺：  本人所提交的所有报名材料真实、准确，如不能提供相关证件或存在造假等不诚信行为，取消聘用资格，并将承担由此产生的一切后果。  承诺人签名（手写签名）：  2024年 月 日 | | | | 资  格  审  查  意  见 | 审查人：  2024年 月 日 | | |
| 备注 |  | | | | | | | |