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 |  |