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 |  | | | | | | | | | | |