**附件2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2020年海棠区紧急公开招聘医疗卫生专业技术人员报名表** | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生年月 |  | | | 贴照片处  (一寸彩色  同底照片) |
| 民族 |  | 籍贯 |  | | 政治面貌 |  | | |
| 学历 |  | 学位 |  | | 毕业时间 |  | | |
| 职称 |  | 专业 |  | | 健康状况 |  | | |
| 毕业院校 |  | | | | 报考职位 |  | | | |
| 是（否）  在编 |  | | | | 岗位类别 |  | | | |
| 身份证号 |  | | | | 联系方式 | 手机： | |  | |
| 住址 |  | | | | 固定电话： | |  | |
| 个人简历 |  | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员 | 姓名 | 与本人关系 | | 工作单位及职务 | | | 户籍所在地 | | |
|  |  | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | |  | | |
| 报考人  承 诺 | 本人符合报名条件的要求,所提供的各种相关资料和上述填写内容真实有效。如有不实，本人愿自动放弃本次报考资格，并承担由此引发的一切后果。  报名人签名： 2020年 月 日 | | | | | | | | |
| 资格审  查意见 | 审查人签名：　　　　　　　负责人签名：　　　　　 （盖 章）  2020年 月 日 | | | | | | | | |

说明：此表一式两份，所有项目要求如实填写，字迹清楚；因填表不实或联系电话无法联系到本人而造成的一切后果，由填表人承担。