附件2

余庆县2020年县直医疗机构公开考调

专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 | |  | | 出生年月 | | | | | |  | | | | | | 照片 | |
| 籍 贯 | |  | | 户籍所在地 | | | |  | | | | | | 民族 | | | |  | |
| 政治面貌 | |  | | 入党  时间 | |  | | | | 参加工作  时间 | | | | | |  | | | |
| 专业技术职称/级别 | |  | | | | | 特长 | | | |  | | | | | | | | |
| 全日制教育 | 学历学位 | |  | | | | | | 在职  教育 | | | | 学历学位 | | | |  | | | | |
| 毕业院校及专业 | |  | | | | | | 毕业院校  及专业 | | | |  | | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | 联系电话 | | | | | |  | | | | | | | |
| 工作单位  及职务 | |  | | | | | | 所在单位是否同意报考 | | | | | |  | | | | | | | |
| 报考单位 | |  | | | 报考职位 | | | | | | |  | | | | | | | 职位代码 | |  |
| 年度考核 | | 2017年度考核为（ ）2018年度考核为（ ）2019年度考核为（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人简历 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报名  信息  确认 | | 符合报考职位要求，填写信息均为本人真实情况，若有虚假、错误，责任  自负。  考生签名： 　 代报人员签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报考人单位意见 | | 负责人签字：  2020年 月 日 | | | | | | | | 审核意见 | | | | | 审核人签字：  2020年 月 日 | | | | | | |

（2张照片粘贴处）