附件2

2024年繁昌区公开招募芜湖地区退休医生支援

服务基层人员报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 | |  | 一寸免冠 照片 |
| 性别 |  | 政治面貌 | |  |
| 民族 |  | 健康状况 | |  |
| 身份证号码 |  | | | |
| 退休前3年的年度考核是否合格以上 |  | | 退休前工作单位 | |  |
| 家庭住址 |  | | 联系电话 | |  |
| 支援岗位 |  | | 支援医疗服务单位 | |  |
| 职称 |  | | 是否服从分配 | |  |
| 何时获得何种奖励及处分 |  | | | | |
| 本人简历 |  | | | | |
| 志愿参加支援繁昌区基层医疗机构原因 | 签名： 年 月 日 | | | | |
| 诚信承诺 | 本人所填写的情况和提供的相关材料、证件均真实有效。若有虚假，责任自负。  签名： 年 月 日 | | | | |
| 审查意见 | 年 月 日 | | | | |