附件2

漳州市龙文区景山街道社区卫生服务中心公开招聘

公办卫生所医务人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | | 民 族 | |  | | 相片  粘贴此处 |
| 籍 贯 | |  | 政治面貌 | |  | | 婚姻状况 | |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | |
| 现户籍地 | |  | | | | 是否同意调配 | |  | | |
| 单位名称 | |  | | | | | | | | |
| 电话号码、手机 | |  | | | | 专业技术资格 | |  | | | |
| 毕业院校及专业 | |  | | | | 毕业时间 | |  | | | |
| 学历、学位 | |  | | | | | | | | | |
| 报考岗位 | |  | | | | 意向村所 | | | |  | |
| 主要学习、工作经历（从最高学历填起） | 年 月至 年 月 | | | 在何处学习或工作 | | | | | | 职务 | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭主  要成员  及社会  关系 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 报名人员承诺 | 本人承诺以上情况属实，如有不实之处，愿意承担相应责任。  报名人员签名：               年   月   日 | | | |
| 社区卫生服务中心审核意见 | 审核人（签名）： 年 月 日 | | | |
| 备  注 |  | | | |

说明：本表用A4纸双面打印，本表须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。