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。