**附件2**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **崇川区虹桥街道社区卫生服务中心紧缺人才报名表** | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 近期电子照片粘贴处 |
| 学 历 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号码 | |  | | 移动电话 |  |
| 执业资格证 | |  | | 学历 |  |
| 毕业学校 | |  | | 专业 |  |
| 家庭住址 | |  | | 婚姻状况 |  |
| 紧急联系人及电话 | |  | | 应聘岗位 |  | |
| 家庭主要成员 | 关 系 | 姓 名 | | 工作单位 | | 担任职务 |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| 学习 经历 | 起迄时间 | 学校名称 | | 专 业 | | 学 历 |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| 工作经历（作为报名审核重要依据，请详细填写） |  | | | | | |
|
| 声明 | 本人提供的上述报考信息完全真实有效，符合报考条件，如有不实，由此产生的一切后果由本人负责。 | | | | | |
| 本人确认（签字）： 日期： 年 月 日 | | | | | |
| 审核 | 初审意见： | | | 复审意见： | | |
| 审核人： | | | 审核人： | | |
| 年 月 日 | | | 年 月 日 | | |