附件2：

漳平市2025年医疗卫生单位公开遴选工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 一寸相片 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 现有职称 |  |
| 籍 贯 |  | 住址 |  省 市 县（市、区） |
| 学历学位 | 全日制教育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 参加工作时间 |  | 现单位工作时间 |  |
| 遴选单位及岗位 |  |
| 身份证号 |  | 邮编 |  |
| 通讯地址 |  | 联系手机 |  |
| 主要简历（何年何月至何年何月在何单位工作，任何职务） |  |
| 奖惩情况及近五年年度考核情况 |  |
| **诚信声明：**本人确认以上所填信息真实、准确。如有不实导致被取消录用资格，本人愿负全责。签名（手写）： 年 月 日 |
| 乡镇卫生院意见： 负责人（签字）： 单位（盖章 ） 年 月 日 |