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 | | | | | | | | | | | | | | |