附件2：

2025年永胜县紧密型县域医共体紧缺急需专业技术人员招聘报名表

报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | | | |  | | 民族 |  | | 照  片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 | | | |  | | 籍贯 |  | |
| 身份证号 |  | | | | | 联系电话 | |  | | |
| 学历 |  | | | | | 学位 | |  | | |
| 毕业院校 |  | | | | | 所学专业 | |  | | |
| 毕业时间 |  | | | 毕业证书编号 | | |  | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | 户口所在地 | | |  | | |
| 报考单位 |  | | | | | 报考岗位 | | |  | | |
| 个人  简历 | 起止年月 | | 在何学校（单位） | | | | | | | 任何职务 | |
|  | |  | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | |
| 家庭主  要成员 | 姓名 | 称谓 | | | 工作单位 | | | | 联系电话 | | |
|  |  | | |  | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | |  | | |
| 岗位相关证书 | 证书名称 | 取得时间 | | | 证书编号 | | | | | | 备注 |
| 资格证书 |  | | |  | | | | | |  |
| 其他证书 |  | | |  | | | | | |  |
|  |  | | |  | | | | | |  |
| 诚信承诺 | 本人所填写的信息和所提供的材料（包括复印件）真实且有效，不存在不符合《2025年永胜县县域医共体公开招聘紧缺急需专业技术人员公告》报考条件的情形，若有虚假，责任自负。  签名（手印）： 时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 招聘单位审核意见 | 经审核：  该报名人员提供材料（符合/不符合）报考岗位报考条件， 审核（合格/不合格）。    审核人签字：  招聘单位（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | |