|  |
| --- |
| 附件2：2025年吴家山街社区卫生服务中心合同制医疗卫生专技人员报名表 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |  |
| 出生年月 |  | 籍 贯 |  |
| 民 族 |  | 联系电话 |  |
| 毕业时间 |  | 最高学历学位 |  |
| 毕业学校 |  | 身份证号码 |  |
| 专 业 |  | 毕业证书编号 |  |
| 报考岗位 |  | 执业资格证书编号 |  |
| 详细住址 |  |
| 工作简历 | 起止时间 | 学校/单位 | 专业/工作内容 | 学位 |
| （从高中填起） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本人承诺 | 1.本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担，招聘期间，保持通讯畅通，否则后果自负；2.若发现所提供证件材料与报考岗位不一致，取消资格；3.我承诺，以上报考信息真实正确符合报考条件，自觉严格遵守考风考纪。 |
| 报考人（签名）： 年 月 日 |
| 资格审查意见 |  |