附件2：

**台江县人民医院2017年公开招聘备案制医学专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  | | 照片 |
| 籍贯 |  | | 民族 |  | 政治面貌 |  | |
| 毕业院校 | |  | | | 所学专业 |  | |
| 学历学位 | |  | | | 毕业时间 |  | |
| 现户口所在地 | |  | | | 是否是全日制普通高校学历 | | |  |
| 家庭详细住址 | |  | | | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | |
| 现工作单位 | |  | | | | | | |
| 何时取得何种何级别执业资格证书 | |  | | | | | | |
| 是否符合报考岗位所要求的资格条件 | |  | | | 招聘岗位及岗位代码 | |  | |
| 本人联系电话 | | 手机：  座机： | | | 其他联系方式（父母或亲友姓名、单位电话） | |  | |
| 主  要  简  历 | （从初中开始连续填写至今） | | | | | | | |
| 以上信息均为真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。  考生（签名）： 代报人（签名）： | | | | | | | | |
| 报名资格审查意见 | 审查人（签名）：  2017年 月 日 | | | | | | | |