附件2

海陵区公开招聘全科医生特设岗位报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 民  族 | |  | | 出生年月日 | |  | | | | 相  片  （大一寸） | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 现工作单位 | |  | | | | | | | | 现单位工作年 限 | |  | | | |
| 全日制毕业院校 | |  | | | | | | | | 毕业时间 | |  | | | |
| 全日制所学专业 | |  | | | | | | | | 全日制学历及学位 | | |  | | | | |
| 在职毕业院校 | |  | | | | | | | | 毕业时间 | | |  | | | | |
| 在职所学专业 | |  | | | | | | | | 在职学历及学位 | | |  | | | | |
| 专业技术资格 | |  | | | | | 职业资格 | | | |  | | 执业资格 | | |  | |
| 报 考 单 位 | |  | | | | | 报考岗位 | | | |  | | | 是否服  从调配 | | |  |
| 学习工作经（何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从中学开始按顺序填写） | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员及主要社会  关系 | | 姓 名 | | | 与本人关系 | | | | 工作单位及职务 | | | | | | 户籍所在地 | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
| 有何特长及 突出业绩 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报名人员  承诺 | | 本人承诺以上情况属实，如有不实之处，愿意承担相应责任。  考生签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | | 审核人： 审核日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备 注 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |