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 |  |