**2016年大同区公开选调医护人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性 别 |   | 出生年月 |   | 民 族 |   |
| 政治面貌 |   | 身份证号 |   | 电子版照片 |
| 所在单位及岗位 |   |
| 第一学历毕业学校、专业及毕业证号 |   | 最高学历毕业学校、专业及毕业证号 |   |
| 具有何种执业资格 |   | 工 龄 |   |
| 现任职称及任职时间 |    |
| 是否为事业单位在编在岗 |   | 报考岗位 |   |
| 联系方式 |   | 家庭住址 |   |
| 工作简历 |   |
| 主要工作业绩和获奖情况（本项可另加附页，但不得超过1500字） |   |
| 报名承诺 | 以上所填内容属实，若有虚假，后果自负。本人签名： |
| 区卫生主管部门意 见 |    （签章） 年 月 日 |
| 区人社部门意 见 |    （签章）年 月 日 |

 备注：此表一式二份，区卫计局、区人社局各一份。