**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。