附件2：

三台县乡镇卫生院直接考核招聘医学类专业人员报名表

报名时间：2016年8月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 | |  | | | 贴  照  片  处 |
| 出生年月 |  | 年龄 |  | 籍 贯 | |  | | |
| 政治面貌 |  | 学历 |  | 学 位 | |  | | |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 | |  | | |
| 毕业专业 |  | | | 毕业证号 | |  | | |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 | |  | | | |
| 家庭地址 |  | | | | | | | | |
| 执业资格 |  | 是否  在编 |  | 现工作单位 | |  | | | |
| 报考单位 |  | | 报考岗位 |  | | | | 职位代码 |  |
| 主要工作  经 历 |  | | | | | | | | |
| 家庭主要  成员工作  单 位 和  职 务 |  | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | |
| 本人承诺 | 本人以上所填内容属实。  考生签名： | | | | | | | | |
| 主管部门  审核意见 | 2016年8月 日 | | | | 人社部门  审核意见 | | 2016年8月 日 | | |

**注：**电脑填写并打印。报考者若隐瞒有关情况或者提供虚假材料的，所造成的一切损失由报考者本人承担。