附件2

成都市新津区2024年度公开考核招聘

卫生专业技术人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 籍 贯 |  | 照片 |  |
| 民 族 |  | 出生年月 |  | 出 生 地 |  |  |
| 身份证号 |  | 婚姻状况 |  |  |
| 健康状况 |  | 身 高 |  |  |
| 政治面貌 |  |  E-Mail |  |  |
| 现在住址 |  | 联系电话 |  |  |
| 学历学位 |  | 毕业院校及专业 |  |  |
| 应聘单位及 岗位代码 |  | 是否定向、委培毕业生 |  |  |
| 执业资格名称 |  | 执业资格证书取得时间 |  |  |
| 获得荣誉和职称（技术）资格证书 |  |  |
| 个人特长  及自我评价 |  |  |
|  |
|  |
| 学习（工作）经历 |  |
| 起止时间 | 单位及职务 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 家庭成员 |  |
| 姓名 | 关系 | 单位（住址）、职务 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本人符合报考条件，且对填报的内容和所提供材料的真实性负全部责任。本人签字： |  |
| 资格初审结果： 初审人签字： 复核人签字： 年 月 日 |  |

备注：本表请正反面打印在一张纸上