附件2

象山县公开招聘医务人员报名表

报名序号： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号码 |  | 近期一寸正面免冠彩照 |
| 民 族 |  | 性 别 |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 学 历 |  | 学 位 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 户籍所在地(户口原籍) |  |
| 联系电话 |  | 执业资格（职称资格） |  |
| 报考单位 |  | 报考职位 |  |
| 详细通讯地址 |  | 邮编 |  |
| **本人声明** | **上述内容均真实有效，如有不实之处由本人承担一切责任。** **声明人（签名）： 年 月 日** |
| 报名组意见 | 签名： 年 月 日 | 审核意见 | 签名：年 月 日 |