**附2：**久治县公开聘用适用型卫生专业技术人员岗位报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 |  |
| 最高学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 工作单位及职务 |  | | | | 联系电话 |  |
| 任职  时间 |  | | | 专业技术职称 |  | |
| 身份证 号码 |  | | | 毕业证书编号 |  | |
| 拟应聘  岗位 |  | | | 是否服从安排 |  | |
| 本人简历 |  | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓名 | 与本人关系 | | 工作单位及职务 | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
| 报名人 声 明 | 本报名表所填内容准确无误，所提交的证件等资料真实有效。如有虚假，由此产生的一切后果由本人承担。  申报人签名： | | | | | |
| 资格审核意见 | 审核人签名： | | | | | |

填表日期： 年 月 日