附件2

**福州市长乐区招聘医学类工作人员考试报名登记表**  　　　　　　 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生  年月 | |  | | | | 相片 |
| 现户籍地 |  | 民族 |  | | 政治  面貌 | |  | | | |
| 健康  状况 |  | 是否具有执业资格 |  | | 学历学位 | |  | | | |
| 何年何月何院校何专业毕业 |  | | | | | | | | | | |
| 身份  证号 |  | | 联系  电话 |  | | | | | 电子邮箱 | |  |
| 家庭  住址 |  | | | | | | | | | | |
| 报考单位  岗位 |  | | | | | 岗位代码 | | | |  | |
| 学  习  简  历 |  | | | | | | | | | | |
| 本人意见 | **本人确认符合应聘岗位所需的全部资格条件，并保证以上所填内容全部属实。若经审查有虚假不实之处，承诺自动放弃聘用资格。** 本人签名：  年 月 日 | | | | | | | 用人单位  资格初审  意见 | | | 审核人：  年 月 日 |