附件2：

金洞管理区2019年卫生系统公开招聘基层卫生人才

报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | | 照 片 |
| 出生年月 |  | 学 历 |  | 学 位 |  | |
| 毕业学校 |  | | 专 业 |  | | |
| 毕业时间 |  | 政治面貌 |  | 联系电话 | |  | |
| 执业类别 |  | | | 特 长 | |  | |
| 身份  证号 |  | | 家庭 住址 |  | | | |
| 工 作 简 历 |  | | | | | | |
| 报名  考生  签字  确认 | 1、本人填写的信息及提供的材料均合法、真实、有效，符合报考职位所需的资格条件。如有弄虚作假或填写失实、失误，承诺自动放弃考试或聘用资格； 2、保证所填报的联系电话在考试期间通讯畅通，否则错过重要信息而影响考试聘用的，责任自负。  报考人员签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 审  核  意  见 | （ 盖章 ）  年 月 日 | | | | | | |