附件2：

蓝田县人民医院公开选调高级人才报名表

报考岗位：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 性别 |  | 政治面貌 |  | 学历 |  |
| 籍贯 |  | 户口所在地 |  | 职称 |  |
| 联系地址、邮编 |  |
| 身份证号码 |  |
| 全日制教育院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 在职教育院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 移动电话 |  | 固定电话 |  |
| 工作单位及职 务 |  |
| 个人简历（从大学起） |  |
| 业绩、获奖情况（可加附书面材料） |  |
| 本人承诺：本人符合选调公告规定的资格条件及职位要求，所提供的信息及材料均真实有效，否则取消报考资格，承担相应的法律责任。  承诺人签名： 年 月 日 |