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 | | | | | | | | | |