附表2

2024年邓州市卫生健康系统公开招聘卫生类高层次专业技术人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 近期一寸  （粘贴、电子版都可） |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 职 称 |  |
| 毕业院校 |  | | 专 业 |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | |
| 学习及工作经历 |  | | | | | |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  报名人（签名）：    2024年 月 日 | | | | | |
| 报考单位 |  | | | 报考  岗位代码 |  | |
| 现工作单位及岗位 |  | | | | | |
| 资格审查  意 见 | 经资格初审，符合报名条件。  审核人：  2024年 月 日 | | | | | |