附件2：

**石阡县妇计中心2020年招聘医务人员**

**报名信息表**

**报名序号：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 性别 |  | 民族 | 　 | 　 照片 |
| 身份证号 | 　 | 出生日期 |  |
| 政治面貌 | 　 | 考生生源地 | 　 | 户籍所在地 |  |
| 学历 | 　 | 学位 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 毕业院校 |  | 是否普通高等教育全日制 |  |
| 所学专业具体名称 | 　 |
| 工作单位 | 　 | 参加工作时间 |  |
| 工作年限 | 　 | 专业技术职称　 | 　 | 其它资格名称 |  |
| 个人身份 |  | 联系电话1 |  | 联系电话2 |  |
| 工作单位是否同意报考 | 　 | 是否满足该职位要求的所有报考条件 |  |
| 其他需说明事项 |  |
| 报考单位代码及名称 |  |  报考职位代码及名称 |  |
| 报名点 |  | 考试类别 |  |
| 报名信息确认栏 | 以上填写信息均为本人真实情况，并已签订诚信报考承诺书，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。考生签名：  |
| 初审意见 | 审核人：2020年 月 日(单位审核章) | 复审意见 | 审核人：2020年 月 日(单位审核章) |

注：1、报名成功考生须打印备用。2、“专业技术职称”：临床、护理 药剂……。3、“其它资格名称”：、执业医师资格证、护士资格证……。