附件2：

2021年县级医疗卫生单位公开招聘应聘人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | 照片  （电子版） |
| 籍贯 | |  | 政治面貌 |  | | | |
| 毕业学校 | |  | | 专业 | |  | |
| 身份证号码 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 专业技术职称及获得时间 | |  | | | | | | |
| 家庭详细  地 址 | |  | | | | | | |
| 报考单位及  岗 位 | |  | | | 岗位代码 | |  | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | |

本人保证以上所填资料真实准确，如有违事实，愿意取消报名、聘用资格。

签名： 年 月 日