附件2

**2025年龙岩市永定区卫生健康系统赴高校专项**

**公开招聘医学类专业应届毕业生报名表**

**报考单位： 报考专业： 报考岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 户籍所在地 |  | 近期免冠1寸彩照 |
| 政治面貌 |  | 身份证号码 |  |
| 通讯地址 |  | **报考****岗位** |  |
| 学历 |  | 毕业时间、院校及专业 |  |
| 专业技术资格及获取时间 |  | 规培合格证及获取时间 |  |
| 身体状况 |  | 联系电话 | 本人 |  |
| 是否过敏体质 |  | 家属 |  |
| 个人简历（高中起） |  |
| 家庭主要成员及主要社会关系 | **称谓** | **姓名** | **出生年月** | **政治面貌** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **本人承诺：1.本表内容及提供的有关材料依据真实、合法、有效，符合招聘方案（公告）的报考条件。如有不实，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任及由此造成的一切后果；****2.本人对招聘方案（公告）已知悉，并认可有关规定。**承诺人(签名): 年 月 日 |
| 审核人意见 |  | 审核人签名：年 月 日 |