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 | | | | | | |