附件2：**2023年丰城市卫健系统择优引进(招聘)高层次人才报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  | | 贴照片处  (近期免冠彩色  一寸证件照片) |
| 报考单位及岗位 |  | | | | 出生年月  ( )岁 |  | | |
| 身份证号 |  | | | | 是 否  服从调剂 |  | | |
| 户籍地址 |  | | | | 具有何种医疗资格证 |  | | |
| 通讯住址 |  | | | | 联系电话 |  | | | |
| 本科学历 | 毕业时间 | 毕业院校及专业 | | | | 学位 | | 身高 |  |
|  |  | | | |  | | 近视度数 |  |
| 硕士  研究生学历 | 毕业时间 | 毕业院校及专业 | | | | 学位 | | 擅长专业 |  |
|  |  | | | |  | |
| 个人简历及在校获奖情况 |  | | | | | | | | |
| 承诺书 | 郑重承诺：本人符合《**2023年丰城市卫健系统择优引进(招聘)高层次人才公告**》招聘条件，所提供材料真实有效，所填写内容客观可靠。如有不实，本人自愿放弃本次招聘签约和聘用资格并承担一切责任。  承诺人(签名)： 审核人签名： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 单位审核意见(盖章) |  | | | | | | | 审核  签名 |  |

备注：1.本表一式一份由招聘单位留存，请据实、规范，正楷填写。