附件2

**2024年桐乡市卫生健康局下属部分事业单位**

**招聘医学类专业人才报名表**

**岗位编号： 报考单位: 报考岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 民族 | |  | | | 照  片 |
| 出生  年月 |  | | 政治  面貌 |  | 籍贯 | |  | | |
| 学历 |  | | | 学位 |  | | | | |
| 所学  专业 |  | | | 执业  资格证书 |  | | | | |
| 毕业院校、时间 |  | | | | | | | | | |
| 家庭  地址 |  | | | | 邮政  编码 | | |  | | |
| 移动  电话 |  | | | | 固定  电话 | | |  | | |
| 学习  工作  简历 |  | | | | | | | | | |
| 奖惩情况  及特长 |  | | | | | | | | | |
| 个人  承诺 | 本人对上述所填内容的真实性负责，如有隐瞒，愿承担一切责任。  签名： 　　　　　　　 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 招考单位审核意见 | 签名：  年 月 日 | 招市卫健局  审审核意见 | | 签名：  年 月 日 | | 市人力社保局审核意见 | | | 签名：  年 月 日 | |