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 |