附件2

桃江县卫生健康系统2022年上半年

直接招聘卫生专业技术人员报名登记表

报名单位： 报名岗位： 报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号码 |  | 通讯地址 |  |
| 户籍所在地 |  | 档案保管单位 |  |
| 学历 |  | 毕业学校及所学专业 |  | 毕业时间 |  | 学位 |  |
| 住院医师规范培训情况 | 是否取得规培证 |  | 是否正在规培 |  |
| 职称、执（职）业资格 |  | 专业（注册范围） |  | 取得 时间 |  |
| 联系电话 | 本人手机： |  | 有何特长 |  |
| 家属手机： |  |
| 简历 |  |
| 与应聘岗位相关的实践经历或取得的成绩 |  |
| 应聘人员承诺 | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。****应聘人签名：****年 月 日** | 资格审查意见 | **经审查，符合应聘资格条件。****审查人签名：** **年 月 日** |
| 备 注 |  |