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 |  | | | | | | | | | | | | | | |