附件2：

**南浔区医疗卫生单位公开招聘事业编制人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **报考单位** | |  | | | | | | | **报考岗位** | | | | | |  | | | | 贴照片处 |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | |  | | | | | 出生年月 | | |  | | | | |
| 政治面貌 |  | | | 毕业院校 | 全日制 |  | | | | | | | | | | | | |
| 婚姻状况 |  | | | 非全  日制 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所学专业 |  | | | 是否应届生 | 是 |  | | | | | 生 源  所在地 | | |  | | | 学历 |  | |
| 否 |  | | | | |
| 是否取得专  业技术职称 |  | | | | | 是否取得执业资格证书 | | | | |  | | | | | | | | |
| 通 讯  地 址 |  | | | | | | | | | | 身份证 号 码 | | |  | | | | | |
| 联系电话 | 固定电话 | |  | | | | 社会人员相应岗位工作经验 | | | | | 年 月—— 年 月在 级  等医院工作 | | | | | | | |
| 手机 | |  | | | |
| 学习工作经历（从高中填起） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止年月 | 工作（学习）单位 | | | | | | | | | 职业职务 | | | | | | 证明人 | | | |
|
|  |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
|
|  |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
|
|  |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
|
|  |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
|
|  |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
|
| **本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。**  **确认签字（请手写）： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 已收证件打“√” | 1、身份证复印件 | | | | |  | | | | | 5、户籍证明复印件 | | | | | | | |  |
| 2、就业协议复印件 | | | | |  | | | | | 6、职称证书复印件 | | | | | | | |  |
| 3、毕业证书复印件 | | | | |  | | | | | 7、其它 | | | | | | | |  |
| 4、执业资格证书复印件 | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  |
| 资格审查  初审意见 | 签名  年　　月　　日 | | | | | | | 资格审查  复审意见 | | | | | 签名  年　　月　　日 | | | | | | |
|
|

填表说明：1、“生源所在地”填写应注明所在省、市、县（市、区）。

2、若取得专业技术职称或执业资格证书，请注明证书名称及等级。