附件2：

华容县2024年公开选调卫生专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 招聘岗位代码： 报名序号： | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | | | 民族 |  | 相片 |
| 出生年月 | |  | 政治面貌 | |  | | | 学历学位 |  |
| 毕业院校 | |  | | | | | | 所学专业 |  |  |
| 职称、执（职）业资格 | | | |  | | | | 取得时间 |  |
| 户 籍  所在地 | |  | | 婚姻状况 |  | | | 档案保  管单位 |  |  |
| 身份证号 | |  | | | | | | 有何特长 |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | 邮政编码 |  |
| 联系电话 | |  | | | | | | E-mail |  | |
| 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 | **本人承诺所填报的信息、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： 选调单位（章）**  **年 月 日** | | | |
| 备  注 |  | | | | | | | | | |

说明：1.报名序号由选调单位填写。2.报考人员必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消考试或聘用资格。3.经审查符合报名条件，由考生现场确认，此报名表由选调单位主管部门留存。4.报考人员需准备1寸彩色照片2张，照片背面请写上自己的名字。