附件2

桐乡市卫生健康系统面向全日制普通高校

招聘2020年医学类应届毕业生报名表

**报考单位： 报考岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 出生年月 |  | | | 照片 |
| 民族 |  | 籍贯 | |  | | 出生地 |  | | |
| 政治  面貌 |  | 婚姻状况 | |  | | 健康状况 |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | | 电子邮箱 |  | | | |
| 家庭  住址 |  | | | | | 联系电话 |  | | | |
| 学历 | 初始学历学位 |  | | | | 毕业学校、 专业及时间 |  | | | |
| 最高学历学位 |  | | | | 毕业学校、 专业及时间 |  | | | |
| 专业技术资格 及取得时间 | |  | | | | | | | | |
| 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 | | 招市卫健局审核意见 | | 签名：  年 月 日 | | | 市人力社保局审核意见 | 签名：  年 月 日 | |