附件2

2020年桐乡市部分医疗卫生单位招聘高层次、紧缺实用型人才报名表

报考单位： 报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | | |  | | 出生年月 | |  | | 照片 |
| 民 族 |  | 政治面貌 | | |  | | 婚姻状况 | |  | |
| 籍 贯 |  | 现户籍所在地 | | |  | | 生 源 地 | |  | |
| 全日制普通高校博研教育 | 毕业院校 |  | | | | | 所学专业 | |  | |
| 全日制普通高校硕研教育 | 毕业院校 |  | | | | | 所学专业 | |  | | |
| 全日制普通高校本科教育 | 毕业院校 |  | | | | | 所学专业 | |  | | |
| 资格证书 |  | | | | | | 从事专业 | |  | | |
| 家庭地址 |  | | | | | | 工作单位 | |  | | |
| 固定电话 |  | | | | | | 移动电话 | |  | | |
| 学习  工作  简历 |  | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员和社会关系 | 称谓 | 姓名 | | 政治面貌 | | | 出生年月 | | 工作单位及职务 | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | |
| 报名人郑重承诺 | 以上情况及提供的报名材料均属真实，若有隐瞒、虚报、欺骗等行为，本人意愿承担一切法律后果和责任。  报考人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 招考单位审核意见 | 签名：  年 月 日 | | 招市卫健局  审审核意见 | | | 签名：  年 月 日 | | 市人力社保局审核意见 | | 签名：  年 月 日 | |

注：报考人员应在各栏中填写相应完整信息，字迹清晰工整；学习简历规定为学历教育，从高中开始填写。