附件2

额济纳旗苏木乡镇医疗卫生机构引进急需紧缺人才报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |  |
| 户 籍所在地 |  | 民族 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 毕业院校 |  |
| 毕业时间 |  | 所学专业 |  | 专业技术职称 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 联系地址 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 学 习经历 |  |
| 工作经历 |  |
| **考试****是否蒙语作答** |  | **是否接受调剂** |  |
| **本人声明：上述填写内容真实完整，如有不实，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。** **申请人（签名）： 2020 年 月 日** |