**附件2：**

2020年杭州市临安区卫健系统引进高层次紧缺专业人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 籍贯 |  | 照片 |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 毕业时间、院校、专业及学位 | 本科 |  |
| 研究生 |  |
| 本科录取医学类批次（填第一批或第二批） |  | 职称或其他资质 |  |
| 报考岗位 | 医 院 | 招聘岗位 |
|  |  |
| 是否愿意调配至其他医院：是□ 否□ |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 获奖情况 |  |
| 学习和工作经历（从高中填起） |  |
| 资格审核意见 |  |

本人保证报名所提供的个人信息真实、准确、完整，若弄虚作假，本人承担一切后果。

 本人签名：

年 月 日