附件2

海曙区卫生健康系统2020年第二次公开

招聘高层次专业技术人才报名表

报考单位： 报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2018年后免冠一寸彩照 |
| 户口所在地 |  | 民族 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  |
| 最高学历 | 全日制教育 |  | 毕业时间 |  |
| 在职教育 |  |
| 参加工作时间 |  | 出生年月 |  | 专业技术职称 |  |
| 专业技术职称取得时间 |  | 执业证书注册范围 |  |
| 联系地址 |  | 固定电话 |  |
| 移动电话 |  |
| E-mail |  | 邮 编 |  |
| 最高学历毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 现工作单位 |  | 工作职务 |  |
| 个人简历 |  |
| **本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。** **申请人（签名）： 年 月 日** |
| 报审考核单意位见 | 年 月 日 | 区卫生健康局意见 |  年 月 日 |