附件2

**保税港社区卫生服务中心报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 出生年月 |  | 照  片 |
| 政治面貌 |  | 身份证  号 码 |  | | 联系电话 |  |
| 学 历 | 毕业时间 | 毕业学校 | | | | 所学专业 |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
| 持有职(执)业资格 |  | | | 报考岗位 | |  | |
| 本  人  简  历 |  | | | | | | |
| 诚  信  承  诺 | 本人承诺：符合报考岗位所要求的资格条件并对所填报信息及提交资料的真实性、有效性负责，如有虚假，则取消报考资格。  承诺人： | | | | | | |
| 审  查  意  见 | 审查人：  年 月 日 | | | | | | |

备注：1.请报考人员将本人具备的报考岗位要求的条件情况全部反映在此表内；

**2.学历必须注明“普通高校全日制”或“国民教育”。**