|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报考学校 |  | 报考岗位 |  |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 户口所在地 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 |  | 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  |
| 第一学历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校及专业 |  | 执业医师资格证号码 |  |
| 家庭住址 |  | 现聘任职称及岗位等级 |  |
| 现工作单位及工作岗位 |  | 近三年年度考核情况 | 2017年：2018年：2019年： |
| 联系电话（必填） |  |
| 简历 |  |
| 所在单位意见 | 同意 同志报考。  负责人（ 签名）： 2020年 月 日（盖章） |
| 卫健局意见 | 同意 同志报考。负责人（ 签名）： 2020年 月 日（盖章） |
| 选聘单位资格审查意见 | 签名： 2020年 月 日 |

**附件2**

**建始县第一中学2020年公开选聘学校医务工作人员报名表**

注：此表须填写两份，除签署意见栏及签名处手写外，其他内容均要下载此表填写用A4纸打印，报名时与其他提交材料一同提交。