附件2：

2020年湖北省基层医疗卫生专业技术人员专项公开招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 户 籍 |  | 照 片 |
| 出生年月 |  | 政 治面 貌 |  | 高考生源地 |  |
| 毕业院校 |  |
| 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 文化程度 | 中专 |  | 专科 |  | 本科 |  | 硕士 |  | 博士 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 通讯地址 |  | 手 机 |  |
| 家庭地址 |  | 备用联系方式 |  |
| 现工作单位 |  | 报考单位名称 |  |
| 是否具备执业资格 |  | 执业资格证类别 |  |
| 服务项目 |  | 服务起止时间 |  | 报考岗位 代码 |  |
| 服役年限 |  | 退役时间 |  | 报考岗位 名称 |  |
| 个人简历（从高中填起） |   |
| 诚信承诺 | 本人郑重承诺：此表我已完整填写，所填个人信息均属实，所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如信息填写不完整或有不实之处，出现所有后果由本人承担。 本人签名：年 月 日 |
| 报考资格审查意见 | 经审查：□符合应聘资格条件。□不符合应聘资格条件。 审查人：  年 月 日 |