**附件2：**

**武义县2021年公开招聘医疗卫生 事业单位工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 性 别 |  | 户籍所在地 |  | 出生 年月 |  |
| 政治面貌 |  | 学 历 |  | 毕业 时间 |  |
| 毕业 学校 |  | 专业 |  |
| 执业资格或岗位证书取得时间及名称 |  | 报考岗位 |  |
| 现家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 学 习简 历（高中起） | 何年何月至何年何月在何学校何专业毕业 | 证明人 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 工 作简 历 |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 承诺栏 | 本人符合本次招考规定的条件，所提供的资料和报名表填写的信息全部真实，若有虚假，后果自负。承诺人签名： 年 月 日  | 电子照片 |
| 卫健部门 审核意见 |  审核人签名： 年 月 日 |

注：此表承诺栏由考生本人手写签名。