附件2：

2017年秋季如东县医疗卫生单位公开招聘报名表

**报考单位： 岗位名称 岗位代码：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  | （照 片） |
| 身份证号 码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 毕业院校 |  | 学 历（学 位） |  |
| 毕业专业 |  | 毕业时间 |  |
| 现工作单位 |  | 参加工作时 间 |  |
| 执业资格 |  | 户 籍所在地 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  　　（邮编： ） |
| 个人简历 | 起止年月 | 在何地、何单位、任何职 **（从初中开始填写）** |
|  |
| 奖惩情况 |  |
| **本人承诺以上情况属实，如情况不符，同意不予聘用。** 本人签名： |
| 审核意见 | 招聘单位意见：   审核人： 年 月 日 | 县卫计委意见：  审核人： 年 月 日 | 县人社局意见：  审核人： 年 月 日 |

注：本表一式二份，招聘单位、如东县卫生和计划生育委员会各一份。