附件2：

**爱辉区2024年春季公开引进医学院校**

**医疗专业技术人才报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民族 |   | 政治面貌 |  | 身份证号 |  |
| 毕业 院校 |  | 毕业 时间 |  | 所学 专业 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 是否全 日制 |  |
| 家庭住址 |  | 户籍所在地（户口簿所在派出所） |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 个人简历（从报名所用学历开始填写、不得间断） |  | 报名人承诺：本报名表所填信息及提交的各类证件材料均真实有效，如有虚假，所产生的一切后果由本人承担。签名： 年 月 日 |
| 审核意见 |   |

说明：“联系电话”请填写能联系到本人或家人的电话，如填写错误、手机关机、停机等个人原因造成无法联系耽误考试聘用的后果自负。