|  |  |
| --- | --- |
| **附件2** |  |

2023年大庆市第五医院公开招聘医疗专业工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | |  | |  | |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | | | 民 族 |  | | 贴  相  片 | |
| 出生年月 |  | 籍贯 | |  | | | 政治面貌 |  | |
| 现户籍地 |  | | | | | | 报名岗位 |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | | 婚姻状况 |  | |
| 现工作单位 |  | | | | | | 执业证书： □有 □无 | | |
| 专业技术资格 |  | | | | | | 住院医师规范化培训合格证书： □有 □无 | | | | |
| 是否符合加分政策 |  | | 加分项目 | |  | | | 电 话 | |  | |
| 第一  学历及学位 |  | | 毕业时间及院校 | | |  | | | 专业 | |  |
| 最高  学历及学位 |  | | 毕业时间及院校 | | |  | | | 专业 | |  |
| 学习、工作经历（何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职） |  | | | | | | | | | | |
| 本人签名 | 本人承诺：以上所填内容真实可靠，如不属实，愿承担一切责任。  签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |

说明：1、此表双面打印；2、此表须本人如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。