附件2

灵璧县2023年公开招聘村卫生室（站）医务人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | （近期2寸电子版免冠照片） |
| 民 族 |  | | 籍贯 | |  | | 身份证号 | |  |
| 参加工作时 间 |  | | 政治面貌 | |  | | 联系电话 | |  |
| 工作单位  及职务（称） |  | | | | | | 健康状况 | |  |
| 全日制  教育 | 毕业院校及专业 | |  | | | | | | 全日制  学历学位 |  |
| 在职教育 | 毕业院校及专业 | |  | | | | | | 在职  学历学位 |  |
| 卫生专业技术资格（专业） |  | | | | | | | | 卫生专业技术资格（级别） |  |
| 学习工作  简 历  （从初中填起） |  | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员以及重要社会  关 系 | 称谓 | 姓名 | | 出生  年月 | | 政治  面貌 | 籍贯或  常住户口 | 工作单位及职务 | | |
|  |  | |  | |  |  |  | | |
|  |  | |  | |  |  |  | | |
|  |  | |  | |  |  |  | | |
|  |  | |  | |  |  |  | | |
|  |  | |  | |  |  |  | | |
| 个人承诺  我已认真阅读《灵璧县2023年公开招聘村卫生室（站）医务人员公告》。现郑重承诺：本人所提供信息、材料等真实准确。对因提供不实信息或材料所造成的后果，本人自愿承担相应责任。  本人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | |