附件2

2020年苏州高新区部分基层医疗卫生事业单位招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 学历学位 |  | 毕业时间 |  |
| 现户口所在地 |  | 是否是全日制普通高校学历 |  |
| 家庭详细住址 |  |
| 身份证号码 |  |
| 现工作单位 |  |
| 何时取得何专业何级别执业资格证书 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 岗位编号 |  | 本人联系电话 |  |
| 主要简历 | （从高中学习开始连续填写至今） |
| 以上信息均为真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。考生（签名）： 年 月 日 |
| 报名资格审查意见 | 审查人（签名）：  年 月 日 |