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。