**附件2：**

**市人民医院公开招聘医疗卫生技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月（ 周岁） |  年 月 | 二寸彩照 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 参加工作时间 |  | 政 治面 貌 |  | 健康状况 |  |
|  执业资格 |  | 取得时间 |  |
| 职 称 |  | 晋升时间 |  | 联系电话 |  |
| 第一学历 |  | 毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 原工作单位及职务 |  | 申报岗位 |  | 是否服从调剂 |  |
|  学习经历 |   |
| 工作经历 |   |
| 科研学术成果 |  |
| 审核结果 |  （章） 年 月 日 |