附件2

台州市级医疗卫生单位公开招聘报名表

应聘单位： 应聘岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期1寸照片（电子或实物） |
| 政治面貌 |  | 身份证号码 |  |
| 毕业学校 |  | 专业 |  |
| 现工作单位 |  |
| 户 籍所在地 |  | 婚姻状况 |  | 档案保管单位 |  |
| 联系方式 | 通信地址 |  | 邮编 |  |
| 电子邮件 |  | 手机 |  |
| 学习经历（自高中起填写） | （按起始时间、毕业学校、学历专业、学历、学位顺序，可一并注明期间担任的主要职务） |
| 工作经历 | （按起始时间、工作单位、岗位、担任职务顺序） |
| 专业技术资格或职业能力资格及取得时间 |  |
| 与招聘岗位相关的其他实践经历 |  |
| 诚信承诺 | 本人承诺，所提供的应聘材料真实可靠；台州市卫健委下属8家单位中每个应聘人员限报一个岗位，如出现多报，由本人承担相应后果。  应聘人(签字)  年 月 日 |
| 资格审查 |   组织人事处(签字)  年 月 日 |

**注意：以上表格内容必须填写齐全。提供虚假信息者，一经查实，自动丧失应聘资格。**