附件2

桐乡市卫生健康系统面向全日制普通高校

招聘2020年医学类应届毕业生报名表

**报考单位： 报考岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 |  照片　　 |
| 民族 | 　 | 籍贯 | 　 | 出生地 | 　 |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 | 　 | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 家庭住址 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 学历 | 初始学历学位 | 　 | 毕业学校、 专业及时间 | 　 |
| 最高学历学位 | 　 | 毕业学校、 专业及时间 | 　 |
| 专业技术资格 及取得时间 |  |
| 学习工作简历 | 　 |
| 奖惩情况及特长 |  |
| 个人承诺 | 本人对上述所填内容的真实性负责，如有隐瞒，愿承担一切责任。 签名： 　　　　　　　 年 月 日 |
| 招考单位审核意见 |  签名： 年 月 日 | 招市卫健局审核意见 |  签名： 年 月 日 |