附件2：

温州市卫生和计划生育委员会面向社会公开招聘
直属医疗卫生单位卫技人员报名表

报考单位： 报考岗位： 报考专业：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 一寸彩照 |
| 政治面貌 |  | 性别 |  | 民族 |  | 户籍 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 职称 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  | 是否定向委培生；是否编内事业人员 |  | 英语等级 |  |
| 联系地址 |  | 移动电话 |  |
| 荣获奖励 |  |
| 个人简历 |  |
| 本人声明：上述填写内容真实准确。如有不实，本人愿承担取消招聘资格的责任。 申请人（签名）： 年 月 日 |
| 报审考核单意位见 | （ 盖章）年 月 日 | 身份证复印件粘贴处 |  |

注意：本表格一式一份，以上表格内容必须填写齐全。