**附件2**

2020年耒阳市引进医疗卫生专业技术人员

报 名 登 记 表

类别：医疗卫生类　　　　　　　　　　　　　　报名序号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 性　　别 |  | 贴照片处 |
| 身份证号 |  | 考生身份 |  |
| 民　　族 |  | 政治面貌 |  |
| 出生日期 |  | 学　　历 |  |
| 学　　位 |  | 所学专业 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业院校 |  |
| 健康状况 |  | 籍　　贯 |  |
| 联系电话 |  | 家庭住址 |  |
| 户口所在地 |  | 单位所在地 |  |
| 工作单位 |  | 工作时间 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 个人简历（从高中阶段填写） |  |
| 家庭成员情　　况 |  |
| 个人获奖情 况 |  |
| 资格审查意　　见 |  |
| 备　　注 | 本人签字： |

《2020年耒阳市引进医疗卫生专业技术人员报名登记表》的成功打印，表明您：（一）己经阅读了《2020年耒阳市引进医疗卫生专业技术人员公告》并理解其内容，符合应聘条件。（二）完全理解报名办法并同意签署《诚信承诺书》。