附件2

**会昌县县直医疗单位2024年公开选调卫生专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 性别 |  | | 出生年月 | |  | | | | 贴1寸  免冠近照 |
| 籍 贯 | |  | | | | 政治  面貌 |  | | 健康状况 | |  | | | |
| 毕业于何时  何校何专业 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 进入单位时间 | | | |  | | | | | 进入单位方式 | | | |  | | |
| 报考岗位 | | | |  | | | | | 岗位代码 | | | |  | | |
| 家庭住址 | | | |  | | | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 本人主要简历 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | | | | 单位及职务 | | | | | | | 证明人 | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| 现有资格、现有职称 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 承诺书 | | | 1.真实、准确填报个人信息并提供证明、证件等相关材料；  2.遵守考试纪律、不舞弊或协助他人舞弊。  对违反以上承诺所造成的后果 ，本人自愿承担相应责任。  承诺人：（签字） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 单位意 见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | 主管部门意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | |