附件2：

**房县2020年公开招聘县直医疗机构卫生专业技术人员报名表**

报考单位： 岗位代码及名称： 序号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |   | 照 片 |
| 出生年月 |  | 性 别 |  | 政治面貌 |  |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 参加工作时间 |  |
| 专业技术职 称 |  | 取得时间 |  |
| 职业资格证 |  | 取得时间 |  |
| 学历学位 | 第一学历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 第二学历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 主要学习及工作简历（从高中起） |  |
| 家庭主要成员情况 |  |
| 资格审查情况 | **审查人签名：** **年 月 日** |