附件2

儋州市卫生健康委员会

2022年面向社会公开遴选卫生专业技术人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | | 出生年月 |  | | | | 照片 | |
| 籍贯 |  | | 民族 | |  | | | 政治面貌 |  | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | | | | | |
| 资格证类别及专业 |  | | | | | | | | | | | |
| 最高学历学位 |  | 毕业学校 | | | |  | | | | 所学专业 | | |  | |
| 参加工作时间 |  | | | | | 现职务 | | |  | | | | | |
| 专业技术等级 |  | | | | | 专业技术资格证专业 | | | | |  | | | |
| 选调单位 |  | | | 选调岗位 | | |  | | | | 是否同意调剂 | | | 是🞎/否🞎 |
| 联系电话 |  | | | 联系手机 | | |  | | | 电子邮箱 | |  | | |
| 家庭成员  基本情况 | (夫妻情况）（子女情况） | | | | | | | | | | | | | |
| 个人学习  工作简历 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 资格  审查  意见 | （签章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 选调承诺 | **以上所填内容属实，若有虚假，所聘单位有权解除聘用资格。**  选调者签名： | | | | | | | | | | | | | |