附件2

河南省卫生健康委员会公开招聘工作人员报名表

**报考单位**： **应聘岗位序号**：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | |  | | 出生日期 | |  | | 政治面貌 | |  | | 本人照片  （电子照片） | |
| 籍贯 | |  | | | 民族 | |  | | 身份证号 | |  | | | | | |
| 健康状况 | | |  | | 婚姻状况 | | | |  | 医师资格证编号 | | |  | | | |
| 毕业院校 | | |  | | | | | | | 所学专业 | | |  | | | |
| 培养方式 | | |  | | | 学历及学位 | | |  | | | 毕业时间 | |  | | |
| 通讯地址 | | |  | | | | | | | | | 第一联系电话 | |  | | | | |
| 第二联系电话 | |  | | | | |
| 学  习  经  历 | 起止时间 | | | | | | | 所在学校 | | | | | 专业 | | | 学历 | | 学位 |
| 年月—年月 | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  |
| 年月—年月 | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  |
| 年月—年月 | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  |
| 工  作  经  历 | 起止时间 | | | | | | | 所在单位 | | | | | 从事专业 | | | 工作岗位 | | |
| 年月—年月 | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 年月—年月 | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 有何特长及  突出业绩 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 学位论文情况 | | | | 本科论文题目 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 硕士论文题目 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 博士论文题目 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 本人承诺 | | | | 本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。  签名：  年月日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 报名资格  审核意见 | | | | 审核人：复核人：  日期：年月日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |