附件2

成都市郫都区卫生系统2020年公开引进

医疗卫生人才报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 政治面貌 |  | 民 族 |  |
| 出生年月 |  | 健康状况 |  |
| 户籍所在地 |  | 联系电话 |  |
| 毕业时间、院校、专业 | 全日制教育 |  |
| 继续教育 |  |
| 参加工作　时间 |  | 现有职称 |  | 从事　　专业 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 是否正式事业在编人员 |  |
| 意向单位 |  | 是否服从调配 |  |
| 本人简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 配偶情况 | 姓 名 |  | 年 龄 |  | 文化程度 |  |
| 工作单位 |  |