附件2

苏州高新区2021年基层医疗卫生事业单位公开招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | | 照片 |
| 籍贯 | |  | 民族 |  | 政治面貌 | |  | |
| 所学专业  （详见填写说明） | | |  | | 毕业学校 | |  | |
| 学历学位 | | |  | | 毕业时间 | |  | |
| 现户口所在地 | | |  | | 是否是全日制普通高校学历 | | | |  |
| 家庭详细住址 | | |  | | | | | | |
| 本人联系电话 | | |  | | 身份证号码 |  | | | |
| 目前工作单位 | | |  | | | | | | |
| 现有职称  （医师请写明执业范围） | | |  | | 现有职称取得时间 | | |  | |
| 报考单位代码 | | |  | | 报考单位名称 | | |  | |
| 报考岗位代码 | | |  | | 报考岗位名称 | | |  | |
| 主  要  简  历 | （从高中学习开始连续填写至今） | | | | | | | | |
| 以上信息均为真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。  考生（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 报名资格审查意见 | 审查人（签名）：    年 月 日 | | | | | | | | |

\*填写说明：所学专业请填写符合本次报名需求的专业，学历学位、毕业学校、毕业时间与所学专业保持一致。