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 |  | | | | | | | | | |