附件2：

**福泉市康复医院公开选调卫生专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 出生年月 |  | 一寸  照片  （彩色） |
| 民族 |  | | 政治  面貌 | |  | 籍贯 |  |
| 学历 |  | 学位 | | |  | 有何专长 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业  院校 | |  | | 专业 |  | |
| 身份  证号 |  | | | | | 资格证类别 |  | |
| 家庭  住址 |  | | | | | 联系  电话 |  | |
| 个人简 历  (从高中填起) |  | | | | | | | |
| 奖 惩  情 况（大学及工作期间） |  | | | | | | | |
| 报考承诺 | 本人郑重承诺：  如实填写各项报考信息，提供真实的证件、证明材料；坚决服从考试安排，严格遵守考试纪律。如违反以上承诺，本人自愿承担相应的后果及责任。  报考人（签名）：  年   月   日 | | | | | | | |
| 资格  审查  意见 | 审查人（签名）：  年  月  日 | | | | | | | |