**附件：**  编号：

**2020年苏州市第五人民医院急需招聘疫情防治**

**专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | **（贴照片处）** |
| 民族 |  | 户籍 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 现工作单位及岗位 |  | 参加工作时间 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 所学专业 |  | 职称及其他资格 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通信地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 手机号码 |   |
| 应聘单位名称 | 苏州市第五人民医院 |
| 应聘岗位名称 |  | 应聘岗位代码 |  |
| 工作经历 | 起止时间（年月） | 单位及从事工作 | 任职职称 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **报名者承诺：以上信息真实，无隐瞒、虚假报名等行为；所提供的应聘材料和证书（件）扫描件均为真实有效；不存在须回避的关系。如有虚假，本人愿承担一切责任。****报名者签名：**  **2020年 月 日** |
| **招聘单位初审意见： 审查者签名： 2020年 月 日** |

注：本表一式两份，对照岗位条件，应聘人员于2020年2月25日至2月28日，将填写的《苏州市第五人民医院急需招聘疫情防治专业技术人员报名表》、个人简历、身份证正反面、毕业证书、学位证书、医师资格证、医师执业证及专业技术资格证等拍照或扫描件上传至电子邮箱：szwy87806026@126.com。