|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生****年月** |  |  |
| **政治****面貌** |  | **身份证号码** |  |
| **专业资格及职称** |  | **户籍地** |  | **联系****电话** |  |
| **报考****单位** |  | **报考****岗位** |  |
| **毕业****院校** |  | **所学****专业** |  | **学历** |  | **学位** |  |
| **学****习****和****工****作****经****历** |  |
| **报名者诚信保证** | **本人承诺：以上所填写信息及提供资料真实、准确，学历等资格条件符合报考要求，如有虚假，责任自负。****本人签字（手写）：** **年 月 日** |
| **备用照片粘贴处** |  |

附件2

**盐山县2020年卫健系统公开招聘医务工作人员报名表**