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。