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 |