附表2：

吉安县县城医院从基层卫生院选调卫生专业技术人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | | |  | | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | | 照  片 | |
| （ ）岁 | |
| 政治面貌 | | | |  | | | 籍贯 | |  | | 职称 | |  | |
| 参加工作  时间 | | | |  | | | 现工作单位及职务（岗位） | | | |  | | | |
| 学历  学位 | 全日制  教 育 | |  | | | 毕业院校  及专业 | | | |  | | | | | | |
| 在 职  教 育 | |  | | | 毕业院校  及专业 | | | |  | | | | | | |
| 取得执业医师资格时间 | | | |  | | | | | 执业类别 | | | |  | | | |
| 取得执业护士资格时间 | | | |  | | | | | 报考单位及岗位 | | | |  | | | |
| 年度考核 | | 2017年度 | | |  | | | 2018年度 | | | |  | | 2019年度 | |  |
| 个人简历 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在单位  意见 | | 单位盖章 院长签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | | | | | | | |

注：所在单位对报考资格严格审核，院长签字，如弄虚作假，追究责任人责任。

本人承诺对以上填报信息真实性负责。

报考人（签名）：­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_