附件2.

2020年缙云县卫生健康局公开选调医生报名表

报考单位： 岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 出生  年月 | |  | | | | 2020年  后免冠  一寸照片 |
| 民族 |  | 性别 | |  | | | 政治  面貌 | |  | |
| 学历 专业 |  | | | | | 毕业时间 | | |  | | |
| 参加工作时间 |  | 健康状况 |  | | | 执业资格、 执业范围 | | |  | | |
| 考核  情况 | 2018 年度 |  | | | | 2019 年度 | | |  | | |
| 现工作单位及职务 |  | | | | | | | | 移动电话 |  | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | | | | |
| 本人  承诺 | 本人对上述信息的真实性负责。如有虚假，后果自负。  本人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 工作  单位  意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | 主管  部门  意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | |