**蚌埠市第二人民医院精神卫生人员引进报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 民 族 | | | |  | 健 康  状 况 | |  | | | 照片 | |
| 性 别 | |  | | 籍 贯 | | | |  | 政 治  面 貌 | |  | | |
| 身份证  号 码 | |  | | | | | | 出 生  年 月 |  | | | | |
| 报考岗位 | |  | | | | | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | 执业证书类别 | | | |  | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | 专业技术资格 | | | |  | | | | |
| 最高学历 | |  | | | 所学专业 | | | | |  | | 学位 | | |  |
| 教育经历 | | 起止时间 | | | | 毕业院校 | | | | | 学历 | | 所学专业 | | |
|  | | | |  | | | | |  | |  | | |
|  | | | |  | | | | |  | |  | | |
|  | | | |  | | | | |  | |  | | |
|  | | | |  | | | | |  | |  | | |
| 工作经历 | 起止时间 | | 工作单位 | | | | | | 职务 | | | | 其他 | | |
|  | |  | | | | | |  | | | |  | | |
|  | |  | | | | | |  | | | |  | | |
|  | |  | | | | | |  | | | |  | | |
|  | |  | | | | | |  | | | |  | | |
| 诚信承诺 意 见 | | 本人上述所填写的内容和提供的相关材料、证件均真实、有效。如有虚假，取消考试和录取资格。本人已阅读并知晓、同意考试期间疫情防控须知内容。  报考人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |