**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 |