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 |