附表2：

吉安县县直医疗卫生单位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 | | |  | | | | | |
| 执业医师资格 | | |  | | | | 执业类别 | | |  | | | |
| 专业技术资格 | | |  | | | | 报考岗位 | | |  | | | |
| 进修情况 | |  | | | | | | | | | | | |
| 年度考核 | | 2018年度 | |  | | 2019年度 | | |  | | 2020年度 | |  |
| 个人简历 | |  | | | | | | | | | | | |
| 所在单位同意报考意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | | | | |

本人承诺对以上填报信息真实性负责。

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