附件2

**衡水市第四人民医院**

**疫情防控一线医务人员专项招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民族 |  | 入党时间 |  | 参加工作时间 |  |
| 身份证号码 |  | 联系方式 |  |
| 户籍 所在地 |  | 执业资格 |  | 档案保管单位 |  |
| 学历学位 | 全日制教育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 现工作单位及职称 |  | 报考岗位 |  |
| 简历 |  |
| 重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 工作单位及职务 | 是否回避 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 对以上情况本人确认签字：年月日 |