附件2

**福州市长乐区招聘医学类工作人员考试报名登记表**  　　　　　　 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 现户籍地 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 健康状况 |  | 是否具有执业资格 |  | 学历学位 |  |
| 何年何月何院校何专业毕业 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 家庭住址 |  |
| 报考单位岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 学习简历 |  |
| 本人意见 | **本人确认符合应聘岗位所需的全部资格条件，并保证以上所填内容全部属实。若经审查有虚假不实之处，承诺自动放弃聘用资格。** 本人签名： 年 月 日 | 用人单位资格初审意见 | 审核人：年 月 日 |