附件

2023年度丽水市市直部分医疗卫生健康单位

补充报考卫技人员申报表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| 姓 名 |  | 身份证号 | |  | | | | | | 一  寸  近  照 |
| 性 别 |  | 出生年月 | |  | | | 民 族 | |  |
|  |  | | |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 | |  | | | 联系  电话 | |  |
| 全日制学历、学位 |  | 毕业院校专业时间 | |  | | | | | | |
| 非全日制学历、学位 |  | 毕业院校专业时间 | |  | | | | | | |
| 户籍或生源所在地 |  | 原面试成绩 |  | | | | | | | |
| 原报考  单位 |  | | | | 现补报单位 | | |  | | |
| 原报考  岗位名称 |  | | | | 现补报  岗位名称 | | |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | |
| 学习、 工作简历  (必填) |  | | | | | | | | | |
| 报名人郑重承诺 | 以上情况及提供的报名材料均属真实，若有隐瞒、虚报、欺骗、作假等行为，本人愿意承担一切法律后果和责任。  报考人员（签字）： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 招聘单位意见 | 审核人签名：  复核人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |

注： 1.一人只能报考一个岗位，列入体检、考察对象人员视为放弃原报考岗位的递补资格。

2.表格填写说明： **\***性 别：（1）男；（2）女  **\***政治面貌：（1）共产党员；（2）共青团员；（3）其它民主党派；（4）群众

**\***学 历：（1）研究生；（2）大学本科；（3）大专 **\***学 位：（1）博士；（2）硕士；（3）学士