**附件2**

**2021年仙游第一中学医务人员选调报名登记表**

                                     年   月   日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |   | 性别 |   | 出生年月 |   | 一寸相片 |
| 政治面貌 |   | 民族 |   | 籍  贯 |   |
| 资格种类及学科 |   |
| 毕业院校、时间及专业 |   | 学历 |   |
| 身份证号 |   |
| 通讯地址 |   | 电话 |   |
| 主要简历 |   |
| 奖惩情况 |     |
| **诚信声明：**本人确认以上所填信息真实、准确。如有不实导致被取消录用资格，本人愿负全责。                                 考生签名（手写）：                                年    月    日    |
| 资格审查意见 | 经资格审查合格，同意报考。                  审核人签名：                            年   月   日 |

注：本表填写后，报名时提交。