**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。