附件2

深圳市深汕特别合作区2025年引进基层医疗人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生时间 |  | 照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 参加工作时间 |  |
| 政治面貌 |  | 入党时间 |  | 工作情况 | □在职人员 □退休人员 |
| 最高专业技术资格 |  | 取得时间 |  | 起聘时间 |  |
| 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 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 现任职务起聘时间 |  |
| 联系地址 |  |
| 手机号码 |  | 身份证号码 |  |
| 意向岗位名称 |  | 是否接受调剂 | □是 □否 |
| 住院医师规范化培训（若有） | 培训时间 | 培训基地 | 培训专业 | 取得规培证书时间 |
|  |  |  |  |
| 教育经历 | （从高中开始填写） |
| 工作经历 | （包括行政和专业技术职务聘用时间） |
| 近五年专业岗位工作成果 |  |
| 社会职务 |  |
| 近五年主要荣誉 |  |
| 近三年年度考核情况 |  |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

★此表双面打印。

**承诺书**

**本人承诺：本表填写的信息全部属实。本人符合招考公告规定的所有条件及报考岗位的所有资格要求。如不符合，本人承担由此造成的一切后果。**

 承诺人（本人签名）：

 2025年 月 日