附件2

2020年芜湖市卫健系统专业技术人员支援南陵县基层医疗卫生机构开展服务报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  | 一寸免冠 照片 |
| 性别 |  | 政治面貌 |  |
| 民族 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  | | |
| 退休前3年的年度考核是否合格以上 |  | | 退休前工作单位 |  |
| 家庭住址 |  | | 联系电话 |  |
| 支援岗位 |  | | 支援医疗服务单位 |  |
| 职称 |  | | 是否服从分配 |  |
| 何时获得何种奖励及处分 |  | | | |
| 本人简历 |  | | | |
| 志愿参加支援南陵县基层医疗卫生机构原因 | 签名： 年 月 日 | | | |
| 诚信承诺 | 本人所填写的情况和提供的相关材料、证件均真实有效。若有虚假，责任自负。  签名： 年 月 日 | | | |
| 审查意见 | 年 月 日 | | | |