附件2：

县直医疗单位公开选调专业技术人员报名表

                       2018年   月  日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考单位 |   | 岗位 |   |   （近期免冠2寸彩照）             |
| 姓名 |   | 性别 |   |
| 身份证号码 |   | 出生年月 |   |
| 联系电话 |   | 年龄 |   |
| 参加工作时间 |   | 进入单位形式 |   |