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 |  |