附件２：

伍家岗区卫生健康局所属事业单位专项公开招聘工作人员报名表

报考单位： 报考职位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | | | | | | | 出生  年月 |  | | | | | 2017年  后免冠  一寸  彩照 |
| 户口  所在地 | | |  | | | 民族 | |  | | 性别 |  | | 政治  面貌 |  | |
| 学历 | | | 全日制学历 | | |  | | | | 毕业时间  院校及专业 | | |  | | |
| 最高学历 | | |  | | | | 毕业时间  院校及专业 | | |  | | |
| 参加工作时间 | | |  | | | 健康状况 | |  | | 专业技  术资格 | | |  | | | |
| 联系  地址 | | |  | | | | | | | | | | 固定电话 | |  | |
| 移动电话 | |  | |
| E-mail | | |  | | | | | | | | | | 邮 编 | |  | |
| 取得最高专业技术等级证书名称及时间 | | | |  | | | | | | | | | 取得执业资格证名称及时间 | |  | |
| 现工作单位 | | | |  | | | | | | | | | 身份证号码 | |  | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，**  **弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。**  **报考承诺人（签名）： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | | | 称谓 | | | 姓名 | | 年龄 | | 政治面貌 | | | 工 作 单 位 及 职 务 | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | | | | | |
| 招考单位主管部门审查意见 | | | (盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备 注 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

注：1、简历从大专院校学习时填起。2、栏目中无相关内容的填“无”。3、A4正反打印。