附件2

资兴市卫生健康系统城区及其附近医疗卫生

机构公开选聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号码 |  | | | | | | | 相片 |
| 性 别 |  | 出生日期 |  | | | | | | |
| 民 族 |  | 婚姻状况 |  | | 政治面貌 | |  | | |
| 户口所在地 |  | | 健康状况 | | | |  | | |
| 现工作单位 |  | | | | | | | | |
| 拟报考岗位 |  | | | | | | | | | |
| 毕业院校 |  | | | 毕业年份 | | | |  | | |
| 全日制学历 |  | | | 全日制专业 | | | |  | | |
| 最高学历 |  | | | 联系电话 | | | |  | | |
| 考核情况 | 2018年 ；2019年 ；2020年 | | | | | | | | | |
| 工  作  简  历 |  | | | | | | | | | |
| 报  考  人  员  承  诺 | 本人承诺所提供的材料真实有效，符合选聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃选聘资格。  报考人签名：  2021年 月 日 | | | | | 资  格  审  查  意  见 | | | 审查人签名：  复审人签名：  2021年 月 日 | |