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 |