附件：

益阳市卫生健康委行业党委党建指导员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | | 民 族 | |  | 籍 贯 | |  | 照 片 |
| 身份证  号 码 |  | | | | | 出生年月 | |  | 政治面貌 | |  |
| 学 历 |  | | 学位 | | |  | | | 入党时间 | |  |
| 毕业院校 |  | | | | | 毕业时间 | |  | | | |
| 所学专业 |  | | | | | | | | 学校类别 | | 一本□ 二本□ 其他□ | |
| 居住详址 |  | | | | | | | | 联系电话 | |  | |
| 工作单位 |  | | | | 资格证  类 别 | |  | | | 资格认  定时间 | |  |
| 报考单位 |  | | | | | | | | | | | |
| 报考职位 |  | | | | | | | | | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | | | | | |
| 报名人  声 明 | 本人按方案和要求，真实、准确填写报名信息和提供相关资料，并对其真实性负责，若有不实或不符合报考职位对象和条件，本人愿承担一切责任。特此承诺。  报名人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 报名及  资格审  查意见 | 审查人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 笔 试  成 绩 | 分 签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 体 检  情 况 | 签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 复审考  核意见 | 审查人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 聘 用  意 见 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |