附件2：

安吉县卫健系统下属事业单位2020年择优签约

聘用报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 出生  年月 |  | 贴照片 |
| 籍贯 |  | 民族 | |  | | 入党  时间 |  |
| 学历  学位 |  | | | | | 健康  状况 |  |
| 毕业院校 及专业 |  | | | | | 是否定向培养生 |  |
| 外语  水平 |  | 计算机  水 平 | | |  | 身份证  号 码 |  | |
| 联系方式 | 电子邮箱 |  | | | | | | |
| 手机 |  | | | | | | |
| 应聘单位 |  | | | | | 应聘岗位 |  | |
| 主要 学术成果 |  | | | | | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | | |
| 材料  真实  性承  诺书 | 本人报名参加安吉县卫健系统下属事业单位2020年择优签约聘用，所填报和提供的信息均真实可靠，如有虚假，愿放弃择优签约聘用资格。  承诺人（签字）： 年 月 日 | | | | | | | |
| 高校详细通讯地址、  招生就业部门联系方式、联系人 | | |  | | | | | |