附件2：

安吉县卫生健康系统下属事业单位2020年公开招聘编外工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 身份证号 |  | | | | | 贴  一  寸  近  照 |
| 学 历 | |  | | 性 别 |  | 政治面貌 | |  | |
| 所学专业 | |  | | 参加工作  时间 |  | 职 称 | |  | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | | | |
| 户籍  所在地 | |  | | | 联系电话 | |  | | | |
| 现工作  单位 | |  | | | 通讯地址 | |  | | | |
| 报考单位 | |  | | | | | 报考岗位 | |  | |
| 个  人  简  历 | （注：个人简历包括教育经历和工作经历，教育经历从高中起） | | | | | | | | | |
| 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。  申请人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 县卫生健康局审核意见 | | | 签名：  年 月 日 | | | | | | | |