**附件2：**

**武冈市2020年公开招聘卫健系统及其他事业单位工作人员报名表**

|  |
| --- |
|  报名序号： 岗位代码： 报考岗位：  |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  | 相片 |
| 政治面貌 |  | 学历 学位 |  | 婚姻状况 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 执业资格证 |  | 取得时间 |  | 职称资格证 |  |
| 身份证号 |  | 户 籍所在地 |  | 档案保管单位 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 简历 |  |
| 与报考岗位相关的实践经历或取得的成 绩 |  |
| 报考人员承诺 | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合报考岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，自动放弃考试和聘用资格。且承诺聘用后最低服务期限为5年。****报考人签名：****年 月 日** | 资格审查意见 | **经审查，符合报名资格条件。****审查人签名：**  **年 月 日** |

说明：1、报名序号由资格审查人填写。2、户籍所在地是武冈市的，填到乡镇、街道；市外的，填到县（市、区）。3、考生必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消考试和聘用资格。4、经审查符合报名条件，由考生现场确认，此报名表由招聘单位留存。5、考生需准备近期1寸同底正面免冠彩色照片3张，照片背面请写上自己的姓名，1张粘贴于“相片”处，另2张粘贴四分之一于表头处。6、如有其他学术成果或课题及需要说明的情况可另附。