市卫生健康委员会公开考选工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 民族 | |  | 出生  年月 |  | | | 相片 |
| 籍贯 |  | | | 出生地 | |  | | | 入党  时间 |  | | |
| 参加工  作时间 | |  | | | | 身份证  号码 | | |  | | | |
| 婚姻  状况 | |  | | | | 健康状况 | | |  | | | |
| 学历  学位 | 全日制  教 育 | |  | | | 毕业院系  及 专 业 | | |  | | | | |
| 在 职  教 育 | |  | | | 毕业院系  及 专 业 | | |  | | | | |
| 工作单位及职务 | | |  | | | | | | | 联系  电话 | |  | |
| 主要学习工作简历  （从大学起） | |  | | | | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 | | (获得市级以上单项和综合奖) | | | | | | | | | | | |
| 本人保证上述情况所填信息真实无误，如因填写有误或不实而造成的后果，均由本人负责。  签名：  年 月 日 | | | | | | | 县（市、区）委组织部或市直单位党组（党委）意见 | | | | （盖章）  年 月 日 | | |