|  |
| --- |
| **附件1 公开招聘劳务派遣人员岗位信息表** |
| **序号** | **单位** | **招聘人数** | **性别** | **学历** | **户籍** | **专业** | **其他条件要求** |
| 1 | 永清卫健局 | 社区卫生服务中心、小区卫生站、乡镇卫生院113人 | 不限 | 专科及以上 | 廊坊市 | 医学类 | 有工作经验者优先 |

附件2

**公开招聘劳务派遣人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴照片处 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号码 |  |  |
| 户籍所在地 |  |
| 报考岗位（小区卫生站） |  | 报考岗位（卫生院） |  |
| 现居住地址 |  | 联系电话 |  |
| 学历 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 特长 |  | 是否服从调剂 |  □服从 □不服从 |
| 学习简历（从高中填起） |  |
| 工作简历 |  |
| 诚信承诺书本人已阅读并理解本次考试的《招聘公告》，完全了解并符合所报考岗位的条件要求。报名所提交的所有信息资料准确、真实、有效，不弄虚作假。如有违反，自愿承担相应的责任和由此造成的一切后果。本人签名： 年 月 日 |

附件3

**个人健康信息承诺书**

姓名： ；身份证号： ；

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **天 数** | **日 期** | **A、本人、家人及共同居住人员是否存在发热、乏力、咳嗽、呼吸困难、腹泻等病状** | **B、是否有国内疫情中、高风险地区或国（境）外旅居史** | **C、是否密切接触人员** |
| 第1天 |  月 日 | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第2天 |  月 日 | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第3天 |  月 日 | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第4天 |  月 日 | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第5天 |  月 日 | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第6天 |  月 日 | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第7天 |  月 日 | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第8天 |  月 日 | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第9天 |  月 日 | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第10天 |  月 日 | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第11天 |  月 日 | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第12天 |  月 日 | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第13天 |  月 日 | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第14天 |  月 日 | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 从外地到考试城市的日期、出发地、途径地、交通方式（车次）、居住宾馆，请在右侧栏详细描述。（无此类情况请填“无”） |  |
| 考生承诺 | **本人承诺：以上所填内容真实、准确、完整，如隐瞒、漏报情况造成危及公共安全后果，本人将承担相应的法律责任，自愿接受《治安管理处罚法》、《传染病防治法》和《关于依法惩治妨害新型冠状病毒感染肺炎疫情防控违法犯罪的意见》等法律法规的处罚和制裁。** |

 签字：

附件4

|  |
| --- |
| **报考人员基本情况一览表** |
| **序号** | **报考岗位** | **姓名** | **性别** | **出生年月** | **籍贯** | **民族** | **政治****面貌** | **身份证号** | **户籍所在地** | **身高** | **现居住地址** | **学历** | **毕业时间** | **毕业院校** | **所学专业** | **特长** | **是否服从分配** | **学习简历****（从高中填起）** | **工作简历** | **联系电话** | **电子邮箱** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |