**玉溪市卫生健康委员会委属事业单位**

**公开选调工作人员报名表**

填表日期： 年 月 日 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |  | 贴近期照片 |
| 出生年月 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |  |
| 婚姻状况 |  | 年龄 |  | 健康状况 |  |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  |  |
| 所学专业 |  | 学历学位 |  |  |
| 所持证书 |  | 技术职称 |  |  |
| 有何特长 |  | 资格证书 |  |  |
| 入伍时间 |  | 退伍时间 |  | 驾照类型 |  |  | 驾 龄 |  |
| 微信号 |  | 邮箱号 |  |  |
| 报考岗位 |  | 身 高 |  cm |  | 体 重  |  kg |
| 身份证号码 |  |  | 联系电话 |  |
| 现工作单位及职务 |  |  |
| 家庭详细住址 |  |  |
| 教育经历 | 起始时间 | 终止时间 | 毕业学校 |  | 获得证书 | 证明人 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 工作经历 | 起始时间 | 终止时间 | 工作单位 |  | 职 务 | 离职原因 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 家庭成员 | 姓 名 | 成员关系 | 工作单位 |  | 职 务 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 本人郑重承诺：上述填写内容和报名时提供的相关证件真实有效，符合招聘公告的报名条件。如有不实或弄虚作假，本人自愿放弃报名、考试、聘用资格并承担相应责任。 承诺人（签名）： 年 月 日  |