附件2

柞水县卫生系统部分空编单位公开选聘卫生

专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | | |  | | | **性别** | |  | | **出生年月** | |  | **照片** |
| **民族** | | |  | | | **籍贯** | |  | | **出生地** | |  |
| **入党**  **时间** | | |  | | | **参加工作时间** | |  | | **健康状况** | |  |
| **专业技**  **术职务** | | |  | | | | | **熟悉专业**  **有何专长** | |  | | |
| **学历**  **学位** | | | **全日制**  **教 育** | | |  | | | | **毕业院校**  **系及专业** | |  | |
| **在 职**  **教 育** | | |  | | | | **毕业院校**  **系及专业** | |  | |
| **工作单位及任职资格** | | | | | |  | | | | | | | |
| **联系电话** | | | |  | | | | | | | | | |
| **学**  **习**  **工**  **作**  **简**  **历**  **情**  **况** |  | | | | | | | | | | | | |
| **奖**  **惩**  **情**  **况** | |  | | | | | | | | | | | |
| **工作至今年度考核情况** | |  | | | | | | | | | | | |
| **家庭**  **主要**  **成员**  **及重**  **要社**  **会关**  **系** | | **称谓** | | | **姓名** | | **年龄** | | **政治面貌** | | **工作单位及职务** | | |
|  | | |  | |  | |  | |  | | |
|  | | |  | |  | |  | |  | | |
|  | | |  | |  | |  | |  | | |
|  | | |  | |  | |  | |  | | |
|  | | |  | |  | |  | |  | | |
| **所在单位意见** | | **（盖章）**  **年　 月　 日** | | | | | | | | | | | |
| **单位主管部门意见** | | **（盖章）**  **年　 月　 日** | | | | | | | | | | | |
| **报考资格审查意见** | | **审查人：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | |

**本人声明：上述填写内容和所递交的资料真实完整，如有不实，本人愿意承担一切责任。 本人签名： 年 月 日**

说明：①本表须由报考人员如实填写；②学历学位等相应信息请一律按照所获证书上内容填写；③请报考人员所在单位、主管部门对报名表所填内容进行审查，并在意见栏内写明是否属实、是否同意报考，并加盖公章。