附件2：

道县卫生健康局所属事业单位选聘工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性　别 |  | 出生年月( )岁 |  | 彩色照片 |
| 民族 |  | 籍　贯 |  | 户 籍所在地 |  |
| 政治面貌 |  | 入党时间 |  | 参加工作时间 |  |
| 职称 |  | 身份证号 码 |  |
| 学历学位 | 第一学历 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 联系电话 |  |
| 工作简历 |  |
| 近三年奖惩及年度考核情况 |  |
| 应聘人员承诺 |   本人填写的信息及提供的材料均合法、真实、有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假或填写失实、失误，承诺自动放弃考试或录用资格。报考人员签名： 手机号码： 年 月 日 |
| 所在单位意见 | (公章)签字： 　　　　　　　  年　　月　　日  | 用人单位或主管单位初审意见 | 审查人签名： 年　　月　　日 | 人社局审核意见 | 审查人签名：　　　　　　　  年　　月　　日 |