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 | |