附件2：

梓潼县卫生健康局公开遴选事业单位工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 联系电话 |  |
| 参加工作时间 |  | 入编时间 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  |
| 全日制教育学历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在职教育学历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 个人简历 |  |
| 家庭主要成员及社会关系（父母、配偶、子女、兄弟姐妹、配偶父母） | 姓 名 | 称 谓 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 近三年年度考核情况 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 所在单位意 见 |  （盖章） 年 月 日 | 主管部门意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 本人承诺 | 本人以上所填内容属实，不含虚假成分，自愿报名参加考试，同意报考单位职位（职级）安排。（手写） 报考者签名： |