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： | | | | | | | | | |