附件2：

**泸县卫生健康局下属事业单位公开考核招聘工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 出 生 年 月 | | | 年 月（ 岁） | | | | 贴近期一寸  正面免冠  彩色相片 |
| 民 族 |  | | 籍 贯 | |  | | | 常住地址 | | | |  | |
| 政 治  面 貌 |  | | 有 何  特 长 | |  | | | 参加工作  时 间 | | | |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | 健康状况 | | | |  | |
| 文化  程度 | | 全日制教育  （学历、学位） | | |  | | | 毕业院校及  专 业 | | | |  | | |
| 在职教育  （学历、学位） | | |  | | | 毕业院校及  专 业 | | | |  | | |
| 专业技术职务  任职资格 | |  | | | | | | 现工作单位及  职务（级别） | | | |  | | |
| 考生类别 | | □在职在编人员□非在职人员□应届毕业生 | | | | | | | | | | | | |
| 详细通讯地址 | |  | | | | | | 联系电话 | | | |  | | |
| 报考单位名称 | |  | | | | | | 报考岗位编码 | | | | |  | |
| 学习和  工作简历 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 何时何地  受过何种  奖励和处分 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员  及重要社  会 关 系 | | 称 谓 | | 姓 名 | | 出生  年月 | | | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |

**本人签名：**

说明：①本表须由报名人如实填写，否则一切后果自负；②学历学位等相应信息请一律按照所获证书上内容填写。