|  |
| --- |
| 附件2**乐山市卫生健康委员会****2023年下半年公开考核招聘事业单位工作人员报名信息表** |
| 报考单位岗位： | 填表日期 年 月 日 |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 出生年月 | 　 |  照片 |
| 出 生 地 | 　 | 民 族 | 　 | 政治面貌 | 　 |
| 最高学历 | 　 | 学 位 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 毕业院校 | 　 | 所学专业 | 　 |
| 证 件 号 | 　 | 户口所在地（应届毕业生填入学前的） | 　 |
| 现工作单位 | 　 | 参加工作时间 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 个人简历（从高中填起） |  |
| 具有何种执业医师资格证、获得过何种专业证书，有何专长 |  |
| 家庭成员及工作单位、职务 | 　 |
| 所受奖惩情况 | 　 |
| 资格审核结果及意见 | 　审查人：年 月 日 |

本表一式两份，双面打印。