附件2：

**厦门市同安区所属卫生事业单位补充编外工作人员报名表(2024年）**

**岗位（代码）： 日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | (请贴照片) | |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 参加工作时间 |  | | | 健康状况 |  |
| 户籍地址 |  | | | 专业技术资格证书 |  |
| 现居住地址 |  | | | 计算机  操作水平 |  |
| 身份证号 |  | | | 联系方式 | 电子邮箱： | | |
| 手机： | | |
| 固定电话： | | |
| 毕业院校  及专业 |  | | | 学历 |  | 学位 |  |
| 个人  简历  **（从高中起至今，简历不能间断,未就业的时间段填待业）** | 起止年月 | 单位及职务 | | | | | |
|  | | | | | | |
| 近年来  奖惩情况 |  | | | | | | |
| 声明 | 本人保证上述所填信息真实无误，如因填写有误或不实而造成的后果，均由本人负责。  考生签名（手写）：　　 年 月 日 | | | | | | |

**注：应聘人员应对自己所填报资料的真实性负责，凡有弄虚作假者，取消聘用资格。**