附件2

应城市2024年度卫健事业单位

专项公开招聘合同制工作人员报名表

 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片粘贴处 |
| 籍贯 |  | 身份证号 |  |
| 学历 |  | 毕业院校 |  |
| 专业 |  | 毕业时间 |  |
| 是否为2024年普通高校应届毕业生 |  | 职称、执业资格及获得时间 |  |
| 报考岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 家庭地址 |  | 联系电话 |  |
|  |
| 个 人 简 历 | 年月至年月 | 学习经历（从高中至今） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 奖惩情况 |  |
| 本人承诺 | 本人相关情况及所提交材料均真实有效，否则自愿放弃应聘资格。 本人签字： |
| 填表说明 | 1.此表相关内容由本人（代报人）按要求如实填写。没有的请填“无”，一律不允许空着不填，发现弄虚作假的，取消报名或聘任资格，后果由考生负责。字迹清楚，不得涂改，上交后一律不予更改。 2.如因考生擅自更改联系方式导致无法联系的，视作自动放弃。 |

报名资格审核人签字：