附件2：2017年新干县医疗卫生事业单位

公开招聘工作人员考试报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片一粘贴处 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 婚 否 |  |
| 户籍所在 地 |  | 生源地 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  | 学历 |  |
| 学位 |  |
| 所学专业 |  | 参加工作时间 |  | 现工作单位 |  |
| 现工作单位 性 质 |  | 本人身份 |  | 从事专业 |  | 专业技术资格 |  |
| 是否服从调剂 |  |
| 报考单位 |  | 报考职位 |  | 报考职位代码 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 | 移动： |
| 住宅： |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本人简历(从初中开始填写) |  |
| 家庭主要成 员 |  |
| 何时何地受何奖惩 |  |
| 应聘人员承诺 | 上述填写内容和提供的相关依据真实、有效，符合招聘岗位所需的报考条件。如有不实或不符，本人自愿放弃考试和聘用资格。 应聘人： 年 月 日 |
| 资格审查意见 |  审查人员签名：年 月 日 |