附件：

含山县卫健委所属单位招聘工作人员报名登记表

报考单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号码 |  | | | 照 片 | |
| 性 别 |  | 民 族 |  | 婚姻状况 |  |
| 籍 贯 |  | 政 治  面 貌 |  | 学 历 |  |
| 何时  毕业于  何院校 |  | | | 所 学  专 业 |  |
| 家 庭  住 址 |  | | | 专业职称及特长 |  | | |
| 现工作单位  及职务 |  | | | 联 系  电 话 |  | | |
| 个人  简历 |  | | | | | | |
| 受过何种奖励和处分 |  | | | | | | |
| 家庭  主要  成员  情况 |  | | | | | |
| 诚信承诺意见 | 本人上述所填写的情况和提供的相关材料、证件均属实、有效，若有虚假，责任自负。  报考人签名：  年 月 日 | | | | | |
| 报名点资格初审意见 | 经初步审查，符合招考条件，同意报考。有关证件材料待公示和考核时进一步审查核实，如与报考公告条件不符，将取消其考试、聘用资格。  审查人签名：  年 月 日 | | | | | |