附件2：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **三门县卫生健康局下属事业单位公开选聘工作人员报名表** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | 报名序号： | | |
| 报考岗位 |  | | | | | | | | | 2019年后免冠一寸彩照 |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 民族 | |  | | |
| 出生日期 |  | | 学历 |  | 执业资格 | |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | 联系电话 | |  | | |
| 现工作单位 |  | | | | | 工作岗位 | | |  | |
| 最高学历 | 毕业院校 |  | | | | 专 业 | | |  | |
| 学历层次 |  | | | | 毕业时间 | | |  | |
| 主要工作简历  （注明工作岗位） |  | | | | | | | | | |
| 本人承诺:上述填写内容和提供的相关依据真实，符合选聘的报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃选聘并承担相应责任。  报考承诺人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 现工作  单位意见 | 盖 章：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 审核意见 | 盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | |