附件3

2024年井冈山市卫健委公开招聘高层次人才报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | 性别 |  | 相片 |
| 籍贯 |  | 出生日期 |  | 年龄 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 专业 |  | 通讯地址 |  | 电子邮箱 |  |
| 联系电话 |  | 备用电话 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 简历 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 与本人关系 | 姓 名 | 年 龄 | 政 治 面 貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 奖惩情况 |  |
| 承诺：本人保证以上所填资料属实，如果提供虚假资料，本人愿意放弃录取资格。承诺人签名：  时间： 年 月 日 |
| 资格审查情况 |  （公章）审查人签名： 年 月 日 |