附件2

|  |
| --- |
| **2019年永顺县卫生事业单位公开遴选卫生专业技术人员报名登记表** |
| 报名序号： 报考岗位名称： |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
|
| 民族 |  | 籍贯 |  | 婚姻状况 |  |
|
| 参加工作年月 |  | 入党年月 |  | 身体状况 |  |
|
| 学历学位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
|
| 在职教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
|
| 工作单位及编制情况 |  |
|
| 现任职称 |  | 任职时间 |  |
|
| 现有执业资格 |  | 获得时间 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号码 |  |
|
| 工作简历 |  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 奖惩情况 |  |
|
|
|
|
| 近3年年度考 核 情 况 | 2016年 | 2017年 | 2018年 |
|
|  |  |  |
|
| 家庭主要成员主要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 所在单位意见 |    （盖章） 年 月 日 |
|
|
|
|
| 主管部门意见 |    （盖章） 年 月 日 |
|
|
|
|
| 资格审查意见 |    （盖章） 年 月 日 |
|
|
|
|