附件2：

安吉县卫健系统下属事业单位2020年择优签约

聘用报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 入党时间 |  |
| 学历学位 |  | 健康状况 |  |
| 毕业院校 及专业 |  | 是否定向培养生 |  |
| 外语水平 |  | 计算机水 平 |  | 身份证号 码 |  |
| 联系方式 | 电子邮箱 |  |
| 手机 |  |
| 应聘单位 |  | 应聘岗位 |  |
| 主要 学术成果 |  |
| 个人简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 材料真实性承诺书 | 本人报名参加安吉县卫健系统下属事业单位2020年择优签约聘用，所填报和提供的信息均真实可靠，如有虚假，愿放弃择优签约聘用资格。 承诺人（签字）： 年 月 日 |
| 高校详细通讯地址、招生就业部门联系方式、联系人 |  |