附件2

黔西南州卫生健康促进中心、州紧急医疗救援中心、州中心血站2020年公开考聘事业人员报名表

**报名序号：**

**报考单位及代码： 报考职位及代码：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 出生日期 |  |
| 政治面貌 |  | 户籍所在地 |  | 基层工作年限 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  |
| 所学专业具体名称 |  |
| 工作单位 |  | 工作时间 |  |
| 是否属于在职在编正式人员 |  | 单位性质 |  | 报考人岗位性质 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 是否满足该职位要求的其它报考条件 |  |
| 简历 |  |
| 报名信息确认栏 | **本人承诺：本人上述填写内容和提供的相关依据真实，符合报考条件。如有不实，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。****报考人（签名）： 代报人员（签名）：年 月日** |
| 报 考 人所 在 单位 意 见 | 公章2020年 月 日  | 单 位所在地组 织人 社部 门意 见 | 公章2020年 月 日 | 考 聘单 位审 查意 见 | 审查人签字：2020年 月 日 |

**填表说明：**1、单位性质：填行政或全额事业。2、报考人岗位性质：填公务员、参公管理人员，事业单位管理岗或事业单位技术岗。