附件2

2020年下半年广安市考核招聘卫生事业单位

人员报名信息表

 填报时间：2020年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 健康状况 |  | 参加工作时　　间 |  | 身份证号 |  |
| 全日制教育 |  | 毕业学校及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业学校及 专业 |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 执业资格证书及取得时间 |  | 专业技术职称资格证书及取得时间 |  |
| 家庭详细地址及邮编 |  | 联系电话 |  |
| 报考岗位 |  |  岗位编码 |  |
| 个人简历 |  |
| 现实表现 | （有无违法违纪问题，是否受过处分？） |
| 家庭主要成员及社会关系 | 姓名 | 称谓 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 个人承诺及信息确认 | **本人承诺：**上述所填报名信息真实、准确，所提供的学历证书等相关证件均真实有效。如有弄虚作假、填涂错误的，由此所造成的一切后果均由本人承担。在本次考试中，本人一定遵纪守法、诚心应考、不作弊、不违纪。**经本人确认，报名信息填报正确。**  本人签名：  年 月 日 |
| 所在单位和主管部门意 见 |  年 月 日 | 资格审查意见 | 审查人签名： 年 月 日 |
| 是否同意调剂 |  |