附件2：

石阡县2022年卫健系统事业单位公开招聘检验类急需紧缺

专业工作人员报名信息表

单位名称：: 单位代码: 岗位名称： 岗位代码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | | 性别 |  | 民  族 | |  | | 出生地 | |  | | 贴1寸彩照  也可用电子照片 | | |
| 身份证  号  码 |  | | | | 出生年月 | |  | | 政治面貌 | |  | |
| 学  历 |  | | | | 学  位 | |  | | 所学专业 | |  | |
| 毕业院校 |  | | | | | | | | 毕业时间 | |  | |
| 户籍地址 |  | | | | | | | | 联系电话 | |  | | | | |
| 是否在编  工作人员 |  | | | | | 工作单位 | | |  | | | 参加工作时间 | |  | |
| 符合岗位  其他说明 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 个人简历  (从高中填起) | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 报名人  声  明 | | 本人按招聘公告内容和要求（包括疫情防控要求）真实、准确填报信息和提供相关资料，并对其真实性负责，若有不实或不符合报考职位对象和条件，本人愿承担一切责任。特此承诺。                              报名人签名：                年  月  日 | | | | | | | | | | | | | |
| 报名资格  审查意见 | | 审查人签名：                年  月  日 | | | | | | 收费人签名：                     年  月  日 | | | | | | | |
|  |  | 贴照片处：第1张 第2张 | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |