**厦门市卫生健康委员会所属事业单位公开招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | | **性 别** | |  | **出生年月** | | |  | | 相片 |
| **身份证号** | |  | | | | | **户籍所在地** | | |  | |
| **政治面貌** | |  | | **学 历** | |  | **学 位** | | |  | |
| **毕业院校**  **及专业（方向）** | |  | | | | | **毕业时间** | | |  | |
| **现工作单位**  **及 职 务** | |  | | | | | **人事档案**  **所 在 地** | | |  | | |
| **专业技术职务 任职资格** | |  | | | | | **执业资格** | | |  | | |
| **移动电话** | |  | | | | | **电子邮件** | | |  | | |
| **联系地址**  **(邮编)** | |  | | | | | | | | | | |
| **个**  **人**  **简**  **历**  **（从高中起）** | |  | | | | | | | | | | |
| **报考信息** | | **报考单位名称** | | |  | | | **报考岗位名称** | | | |  |
| **岗位代码** | | | |  |
| **报**  **考**  **人**  **签**  **名** | 本人确认符合报考岗位所需的资格条件，提供的材料真实、有效，如审核不符或弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。  报考人签名：  年 月 日 | | **招聘**  **单位资格**  **初审意见** | | 初审人签名： 年 月 日 | | | | **主管部门资格**  **复核意见** | | 复核人签名： 年 月 日 | |