附件2

柞水县卫生系统部分空编单位公开选聘卫生

专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | **照片** |
| **民族** |  | **籍贯** |  | **出生地** |  |
| **入党****时间** |  | **参加工作时间** |  | **健康状况** |  |
| **专业技****术职务** |  | **熟悉专业****有何专长** |  |
| **学历****学位** | **全日制****教 育** |  | **毕业院校****系及专业** |  |
| **在 职****教 育** |  | **毕业院校****系及专业** |  |
| **工作单位及任职资格** |  |
| **联系电话** |  |
| **学****习****工****作****简****历****情****况** | 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 |
| **奖****惩****情****况** |  |
| **工作至今年度考核情况** |  |
| **家庭****主要****成员****及重****要社****会关****系** | **称谓** | **姓名** | **年龄** | **政治面貌** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **所在单位意见** | **（盖章）****年　 月　 日** |
| **单位主管部门意见** | **（盖章）****年　 月　 日** |
| **报考资格审查意见** |  **审查人：** **年 月 日** |

**本人声明：上述填写内容和所递交的资料真实完整，如有不实，本人愿意承担一切责任。 本人签名： 年 月 日**

说明：①本表须由报考人员如实填写；②学历学位等相应信息请一律按照所获证书上内容填写；③请报考人员所在单位、主管部门对报名表所填内容进行审查，并在意见栏内写明是否属实、是否同意报考，并加盖公章。