**2023年赤坎区卫生健康系统赴高校公开招聘**

**事业单位工作人员报名表**

报考单位及岗位： 岗位代码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 | |  | | 民 族 |  | | 贴  相  片 | |
| 出生年月 | |  | | 生源地 | |  | | 政治面貌 |  | |
| 现户籍地 | | 省 市（县） | | | | | | 婚姻状况 |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | 邮 编 |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | 联系电话 |  | | | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | 毕业时间 |  | | | |
| 所学专业 | |  | | | | | | 学历及学位 |  | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | 单位性质 |  | | | |
| 裸视视力 | |  | | | | 矫正视力 | |  | 身高 | |  | |
| 专业技术资格 | |  | | | | 职业资格 | |  | 执业资格 | |  | |
| 是否以“应届毕业生”身份报考 | | | | | | | | 是 □ 否 □ | | | | |
| 是否“三支一扶”项目服务期满且考核合格人员 | |  | | 服务单位 | | |  | | | | | |
| 证书及其编号 | | |  | | | | | |
| 证书取得时间 | | |  | | | | | |
| 学习、工作经历  （何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从中学开始，按时间先后顺序填写） | |  | | | | | | | | | | |
| 家 庭成 员及 主要 社会 关系 | 姓 名 | | 与本人关系 | | 工作单位及职务 | | | | | 户籍所在地 | |
|  | |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | |  | | | | |  | |
| 有 何特 长及 突出 业绩 |  | | | | | | | | | | |
| 奖 惩  情 况 |  | | | | | | | | | | |
| 报名人员承诺 | 本人承诺以上材料属实，如有不实之处，愿意承担相应责任。  报名人签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 审 查  意 见 |  | | | | | | | | | | |
| 审查人员承诺 | 本人已认真审查本报名表，并根据招考公告和职位要求对报考人员进行审查，愿意对上述审查意见负责。  审查人员签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | | |

说明：1、此表用A4纸双面打印；用蓝黑色钢笔填写，字迹要清楚；

2、此表须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。