附件2：

|  |
| --- |
| **三门县卫生健康局下属事业单位公开选聘工作人员报名表** |
| 　 | 报名序号：  |
| 报考岗位 | 　　 | 2019年后免冠一寸彩照 |
| 姓 名 |   | 性别 | 　 | 民族 | 　 |
| 出生日期 | 　 | 学历 | 　 | 执业资格 | 　 |
| 身份证号码 | 　 | 联系电话 |  |
| 现工作单位 | 　 | 工作岗位 | 　 |
| 最高学历 | 毕业院校 | 　 | 专 业 | 　 |
| 学历层次 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 主要工作简历（注明工作岗位） |  |
| 本人承诺:上述填写内容和提供的相关依据真实，符合选聘的报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃选聘并承担相应责任。 报考承诺人（签名）： 年 月 日 |
| 现工作单位意见 | 　 盖 章：  年 月 日 |
| 审核意见 | 　 盖章：年 月 日 |