附件3

2020年天元区卫健系统

公开招聘（选调）事业单位工作人员报名表

报考专业： 岗位代码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 | | |  | | 出生年月 | |  | |  |
| 籍 贯 | |  | | 民族 | | |  | | 政治面貌 | |  | |
| 婚姻状况 | |  | | 学历 | |  | | | 所学专业 | |  | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | | 毕业时间 | |  | |
| 现工作单位 | |  | | | | | | | 参加工作时间 | |  | |
| 资 格 证 | |  | | | | | | | 职 称 | |  | | |
| 户口所在地 | |  | | | | | | | 身份证号码 | |  | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | 联系电话 | |  | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 家庭  成员  情况 | 称呼 | | 姓 名 | | 年龄 | | | 现在何单位工作 | | | | 任何职务 | |
|  | |  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | | |  | |
| 应聘人员承诺 | 本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需要的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和应聘资格。  应聘人签名：    年 月 日 | | | | | | | | 资格审查意见 | 经审查，符合报名资格条件。  初审人签名：  年 月 日  复审人签名：  年 月 日 | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | | |