附件2

2021年下半年三台县医疗卫生健康事业单位考核招聘专业技术人员报名表

报名时间：2021年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 | |  | | | 电  子  贴  照  片  处 |
| 出生年月 |  | 年龄 |  | 籍 贯 | |  | | |
| 政治面貌 |  | 学历 |  | 学 位 | |  | | |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 | |  | | |
| 毕业专业 |  | | | 毕业证号 | |  | | |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 | |  | | | |
| 家庭地址 |  | | | | | | | | |
| 执业资格 |  | 是否  在编 |  | 现工作单位 | |  | | | |
| 报考单位 |  | | 报考岗位 |  | | | | 职位代码 |  |
| 主要工作  经 历 |  | | | | | | | | |
| 家庭主要  成员工作  单 位 和  职 务 |  | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | |
| 本人承诺 | 本人以上所填内容属实。若隐瞒有关情况或者提供虚假材料，所造成的一切后果自负。  考生签名： | | | | | | | | |
| 主管部门  审核意见 | 2021年 月 日 | | | | 人社部门  审核意见 | | 2021年 月 日 | | |

**注：**须电脑填写并打印。报考者若隐瞒有关情况或者提供虚假材料的，所造成的一切损失由报考者本人