附件2

宝兴县2022年下半年公开考核招聘医护类

事业单位工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 出生年月 | |  | 照  片 |
| 籍贯 |  | 民族 | |  | 政治面貌 | |  |
| 学历 |  | 学位 | |  | 学习类别 | |  |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 |  | | |
| 毕业时间 |  | 健康状况 | |  | 户籍所在地 | |  | |
| 执（职、从、专）业资格证书（含专业类别） | | | | |  | | | |
| 联系地址 |  | | | | 移动电话 | |  | |
| 邮编 |  | QQ号码 |  | | 身份证号 | |  | |
| 考生类型(应、往届) |  | 参加工作  时间 |  | | 工作单位 | |  | |
| 报考  岗位 |  | | | | 岗位编码 | |  | |
| 个人  简历 |  | | | | | | | |
| 所受奖惩  情况 |  | | | | | | | |
| 家庭成员  情况 |  | | | | | | | |
| 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。  申请人（签名）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 资格  复审  意见 | （签名）  年 月 日 | | | | 资格  复审  单位  意见 | （盖章）  年 月 日 | | |