附件2

五峰土家族自治县事业单位面向2023届农村订单定向免费医学生专项公开招聘工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月( 岁) | ( 岁） | 照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 入党时间 |  | 毕业时间 |  | 健康状况 |  |
| 身 份 证号 码 |  | 联系方式 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 报考单位及岗位名称 |  |
|  工作简历（含学习经历） |  |
| 个人特长 |  |
| 奖惩情况 |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 年龄 | 政治面貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 资格审查意见 | (盖章) 年 月 日 |
| 本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，符合公告的报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃报考资格并承担相应责任。 报考承诺人（签名）： 年 月 日 |

备注：正反面打印