附件2

# 上犹县卫健委2023年下半年面向社会考核

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 民族 | | |  | | 政治面貌 |  | | | 一 寸 免冠照片 | |
| 出生年月 |  | | 身份证号码 | | |  | | | | | | 籍贯 | |  |
| 第一学历 | 毕业学校 |  | | | | | 所学专业 | | |  | | 学历 | |  |
| 最高学历 | 毕业学校 |  | | | | | 所学专业 | | |  | | 学历 | |  | 身高 | cm |
| 现职称及取得时间 | |  | | | | | 家庭住址 | | |  | | | | 联系电话 |  | |
| 拟报单位 |  | | | | | |
| 拟报岗位 |  | | | | | | 婚姻状况 | | |  | | | | 生育情况 |  | |
| 工作经历 | 工作单位 | | | | | | | 起止时间 | | | | | 工作岗位 | | 证明人及电话 | |
|  | | | | | | |  | | | | |  | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | |  | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| 家庭状况 | 关系 | | 姓名 | | 政治面貌 | | | | | | 工作单位及职务 | | | | 联系电话 | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | |  | |
| 本人承诺：本人符合报名条件要求，在报名表中填报的信息真实、准确、一致。所提供的学历证书等相关证件均真实有效。如有弄虚作假或填写错误，由本人承担一切后果，并自愿接受有关部门的处理。  本人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 招聘硕士研究生报名表