附件2：

浈江区卫生和计划生育局下属医疗机构2017年

公开选聘事业编制人员报名表

 选聘职位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 籍贯 |   | 照片 |
| 出生年月（岁） |  | 政治 面貌 |   | 现户口所在地 |   |
| 参加工作时间 |  | 基层工作经历年限 |  |
| 学历学位 | 全日制教 育 |  | 何时毕业于何院校、何专业 |  |
| 在 职教 育 |  |  |
| 专业技术资 格 |  | 执业资格 |  |
| 工作单位 |  | 现聘岗位等级 |  | 现聘岗位时间 |  |
| 现主要工作内容 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 特长、 专长 |  | 兴趣、爱好 |  | 婚姻状况 |  | 身高 |   **cm** |
| （含 主 要 学 历）简 历 |  |
| 何时、何地因何原因受过何种奖励或处分 |  |
| 年度考核结 果 | 2014年度 | 2015年度 | 2016年度 |
|  |  |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生 日期 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 备注 |  |
| 个人承诺 | 我已知晓选聘相关要求，确信符合选聘条件及职位要求。本人保证填报资料真实、完整、准确，如因个人填报失实或不符合选聘条件和职位要求而被取消面试或选聘资格的，本人负责。签名： 年 月 日 |
| 意 见资格审查 |  （盖章） 年 月 日 |

**说明：1、此表用蓝黑墨水填写、字迹要清楚，或打印后签名；**

 **2、此表须如实填写，经考核发现与事实不符的，后果自负。**