**附件2**

**2016年华蓥市医疗卫生计生事业单位公开考核招聘专业技术人员信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | | 性别 | |  | | 政治面貌 | | |  | | 照片 |
| 出生年月 | | |  | | | 身份证号码 | | | |  | | | | |
| 学历 | 初始学历 | | | |  | 毕业学校及专业 | | | |  | | | | |
| 继教学历 | | | |  | 毕业学校及专业 | | | |  | | | | |
| 执业资格 | | | |  | | 执业类别 | | |  | | 专业技术职称 | | |  |
| 家庭住址 | | | |  | | | | | | 联系电话 | | | |  | |
| 现工作单位 | | | |  | | | | | | 职 务 | | | |  | |
| 报考  志愿 | | 报考单位 | | | | |  | | | | | 是否同意调剂 | |  | |
| 报考职位代码 | | | | |  | | | | |
| 工作  简历 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 主要  社会  关系 | | 称谓 | | | 姓名 | | 工作单位及职务 | | | | | | | 备 注 | |
|  | | |  | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | |  | | | | | | |  | |
| 资格审查意见 | | 审查人签名： 2016年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| **本人承诺：**  1.上述所填报名信息真实、准确。所提供的学历证书等相关证件均真实有效。  2.若考取本次招聘的事业单位编制人员，服务期限为6周年，服务期内不得申请流（调）动到其他单位。  如有弄虚作假、填涂错误或非因政策规定服务期限未满六年的，自愿接受有关部门的处理，由此所造成的一切后果均由本人承担。在本次考试中，本人一定遵纪守法、诚心应考、不作弊、不违纪。    本人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |