附件2：

**广东省蕉岭县公开招聘卫健类紧缺人才报名表**

 **报考单位： 报考岗位及代码：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 贴相片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 现户籍地 |  省 市（县） | 婚姻状况 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 学历及学位 |  |
| 外语水平 |  | 计算机水平 |  |
| 工作单位 |  | 单位性质 |  |
| 裸视视力 |  | 矫正视力 |  | 身高 |  |
| 专业技术资格 |  | 职业资格 |  | 执业资格 |  |
| 基层工作情况及考核结果 |  |
| 学习、工作经历（何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从中学开始，按时间先后顺序填写） |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家 庭成 员及 主要 社会 关系 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
| 有 何特 长及 突出 业绩 |  |
| 奖 惩情 况 |  |
| 报名人员承诺 | 我已详细阅读了招聘公告、岗位相关要求和有关须知说明，确信本人符合招聘公告报考条件及岗位要求，如因个人填报信息失实或不符合报考条件和岗位要求而被取消报考、聘用资格的由本人负责。报名人员签名： 日期： 年 月 日 |
| 审 查意 见 |  审查日期： 年 月 日 |
| 审查人员承诺 |  根据招聘公告和岗位需求表要求的条件对报考人员资格已认真进行审查，愿意对上述审查意见负责。审查人员签名： 复核人签名： 日期： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

说明： 此表须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。