附件2：

**泸县卫生健康局下属事业单位公开考核招聘事业单位工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 出 生 年 月 | | | 年 月（ 岁） | | | | 贴近期一寸  正面免冠  彩色相片 |
| 民 族 |  | | 籍 贯 | |  | | | 常住地址 | | | |  | |
| 政 治  面 貌 |  | | 有 何  特 长 | |  | | | 参加工作  时 间 | | | |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | 健康状况 | | | |  | |
| 文化  程度 | | 全日制教育  （学历、学位） | | |  | | | 毕业院校及  专 业 | | | |  | | |
| 在职教育  （学历、学位） | | |  | | | 毕业院校及  专 业 | | | |  | | |
| 专业技术职务  任职资格 | |  | | | | | | 现工作单位及  职务（级别） | | | |  | | |
| 考生类别 | | □在职在编人员□非在职人员□应届毕业生 | | | | | | | | | | | | |
| 详细通讯地址 | |  | | | | | | 联系电话 | | | |  | | |
| 报考单位名称 | |  | | | | | | 报考岗位编码 | | | | |  | |
| 学习和  工作简历 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 何时何地  受过何种  奖励和处分 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员  及重要社  会 关 系 | | 称 谓 | | 姓 名 | | 出生  年月 | | | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |

**本人签名：**

说明：①本表须由报名人如实填写，否则一切后果自负；②学历学位等相应信息请一律按照所获证书上内容填写。