|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2：** |  |  |  |  |  |
| 色达县2023年公开考聘卫生专业技术人员报名信息表 |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | **1寸免冠寸照** |
| **籍贯** |  | **婚姻状况** |  | **健康状况** |  |
| **学历** |  | **毕业学校** |  | **所学专业** |  |
| **身份证号码** |  | **家庭地址** |  |
| **报考单位及岗位** |  |
| **是否符合加分条件** |  | **加分值** |  |
| **加分资格证书名称** |  | **证书等级** |  |
| **联系电话1** |  | **联系电话2** |  |
| **主要家庭成员关系** |
| **姓名** | **与本人关系** | **政治面貌** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **本人主要学习简历** |  |
|  **本人郑重承诺：以上填表内容真实准确，如有弄虚作假等不符合考聘条件的行为，本人愿意承担一切后果，自动放弃本次考聘。 承诺人（签字捺印）：**  | **审核结果：** | **审核人：** |