附件2：

**赣州市卫生计生委下属事业单位面向全市**

**公开考选工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出 生  日 期 |  | 近期1寸  免冠照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政 治  面 貌 |  |
| 健 康  状 况 |  | 参加工作  时 间 |  | 个人所属编制性质 |  |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 |  | |
| 现工作单位及职务 |  | | | | | |
| 学 历  学 位 | 全日制  教育 |  | 毕业院校系及专业 |  | | |
| 在职  教育 |  | 毕业院校系及专业 |  | | |
| 工  作  简  历 |  | | | | | |
| 奖  惩  情  况 |  | | | | | |
| 家庭  成员  及  主要  社会  关系 | 称 谓 | 姓 名 | 政治面貌 | 工 作 单 位 及 职 务 | | |
|  |  |  |  | | |
|  |  |  |  | | |
|  |  |  |  | | |
|  |  |  |  | | |
|  |  |  |  | | |
|  |  |  |  | | |
| 个人  报考  承诺 | 本人所提供的个人信息、证件及相关证明材料真实准确，如提供有关信息不实或有其他违反相关规定行为，责任自负。  承诺人（签名）：  　年 月 日 | | | | | |
| 市卫计委  审核意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | |