附件3

2020年天元区卫健系统

公开招聘（选调）事业单位工作人员报名表

报考专业： 岗位代码：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 籍 贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 学历 |  | 所学专业 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 现工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 资 格 证 |  | 职 称 |  |
| 户口所在地 |  | 身份证号码 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历 |  |
| 家庭成员情况 | 称呼 | 姓 名 | 年龄 | 现在何单位工作 | 任何职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 应聘人员承诺 | 本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需要的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和应聘资格。应聘人签名： 年 月 日 | 资格审查意见 | 经审查，符合报名资格条件。初审人签名：年 月 日复审人签名： 年 月 日 |
| 备注 |  |