附件2.

雅安市雨城区2020年上半年公开考核招聘医护类事业单位工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | (近期免冠照，1寸) |
| 政治面貌 |  | 身份证号 |  |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 参加工作时间 |  |
| 学 历 |  | 毕业时间 |  | 婚 否 |  |
| 毕业院校 及专业 |  | 健康状况 |  |
| 职 称 |  | 外语语种 |  | 有何特长 |  |
| 现工作单位 |  | 从事专业 |   |
| 通讯地址 |  |
| 邮政编码 |  | 联系电话、手机 |  |
| 报考岗位（编码） |  |
| 主要学习简历和工作简历 |  |
| 主要家庭成员及社会关系 | 称谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 何时何地受过何种奖励或处分 |  |
| 资格审查意见 | （盖章）年 月 日 |
| 以上资料若有伪造或失实之处，填表人承担由此所引起的一切后果。 填表人： 年 月 日 |

注：此表需双面打印。