附件2

三江县2022年度卫健系统第一次自主公开招聘工作人员报名表

**报考单位： 报考岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 |  | 出生  年月 |  | | | | | | 相片 |
| 户口  所在地 | |  | | | | 民族 |  | 政治  面貌 | | |  | | |
| 毕业时间、  院校及专业 | | |  | | | | | | | | | | |
| 学历 | |  | | 学位 | | |  | 取得何种  职业资格证 | | | |  | | |
| 联系  地址 | |  | | | | | | | | 手机号码 | | |  | |
| 固定电话 | | |  | |
| E-mail | |  | | | | | | | | 邮 编 | | |  | |
| 个  人  简  历 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 我已经仔细阅读《**三江县2022年度卫健系统第一次自主公开招聘工作人员公告**》，清楚并理解其中内容。本人承诺：提供的本人个人信息真实、准确，慎重报考符合条件的职位，并对自己的报名负责。  考生签名：  年 月 日 | | | | | | | | | 审核通过，同意报名。  审核人签名：  （公章）  年 月 日 | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | | | |

**注意：本表一式二份。招聘单位一份，考生自存一份。**