附件2

2024年常州市天宁区卫生健康局下属事业单位公开招聘

聘用制工作人员报名表

岗位代码­­­­­­­：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 |  | 出生年月 |  | 参加工作 时 间 | |  | | 一寸彩色  免冠照片 |
| 学历 | 前 | |  | | 民族 |  | 政治面貌 |  | 执业资格 | |  | |
| 后 | |  | | 职 称 | |  | |
| 何时毕业于何院校 | | | |  | | | | | 专业 |  | | |
| 家 庭 住 址 | | | |  | | | | | 户籍所在地 | | |  | |
| 身 份 证 号 码 | | | |  | | | | | 原工作单位 | | |  | |
| 报 考 岗 位 | | | |  | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 个  人  简  历 | |  | | | | | | | | | | | |
| 奖  惩  情  况 | |  | | | | | | | | | | | |
| 本需  人说  特明  长的  及问  题 | | 报考人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 资  格  审  查  意  见 | | 审核人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |