附件2

2024年度彭州市卫生健康局所属事业单位公开考核招聘

工作人员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 应聘岗位及岗位代码 |  | 照    片 |
| 身份证号 码 |  | 出生日期 |   |
| 民    族 |  | 性       别 |  |
| 政治面貌 |  | 籍 贯 |  |
| 健康状况 |  | 毕业学校 |  | 毕业时间 |   |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 所学专业 |   |
| 职 称 |    | 取得时间 |  |
| 家庭详细地 址 |    | 联系电话 |  |
| 户籍所在地 |   |
| 个人简历 |   |
| 奖惩情况 |   |
| 是否在编人员 |   |
| 家      庭主要成员 |   |
| 本人承诺 |  以上填写信息属实，如有弄虚作假，本人愿意承担一切后果。 承诺人（本人亲笔签名）： 年 月 日 |
|  |  |