附件2

成都市郫都区卫生健康系统2024年下半年基层单位卫生类考核招聘专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 | |  | | 政治面貌 |  | | 照片 |
| 出生年月 |  | 原工作  单位 |  | | | | | | | |
| 现聘职称 |  | 专业 |  | | | | | | | |
| 手机号码 |  | 身份证号码 | |  | | | | | | |
| 毕业学校及专业 |  | 报考单位及岗位代码 | |  | | | 是否在编 | | |  | |
| 学 位 |  | | | | 是否服从统筹安排 | | | | | |  |
| 家庭  详细地址 |  | | | | | | | | | | |
| 简历 |  | | | | | | | | | | |
| 特长 |  | | | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | | | | | |
| 资格审查意见 | 区卫健局审核人\_\_\_\_\_\_ （盖章） | | | | | | | | | | |