**新北区基层医疗卫生机构编外人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 　 | 性别 |  | 籍贯 | 　 | 出生年月 |  |
| 曾用名 | 　 | 民族 | 汉族　 | 参加工作时间 |  |
| 政治面貌 | 　 | 入党时间 | 　 | 专业技术资格 | 　 | 取得时间　 |  |
| 学历学位 | 全日制教育 | 　 | 毕业院校、专业及毕业时间 |  |
| 在职最高教育 | 　 | 毕业院校、专业及毕业时间 | 　 |
| 家庭住址 |  | 身份证号码 |  |
| 拟聘岗位 |  |
| 家庭主要成员及主要社会关系 | 配偶情况 | 姓名 | 　 | 出生年月 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 学历 | 　 | 政治面貌 | 　 | 手机号码 | 　 |
| 现工作单位及职务 | 　 |
| 其他主要成员情况 | 姓名 | 关系 | 现工作单位及职务 | 政治面貌 |
| 　 |  |  |  |
| 　 | 　 |   |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 |
| 个人主要简历 | 起止年月 | 在何地何单位何部门 | 任何职 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
| 　 |  | 　 |
|  | 　 | 　 |
|  |  |  |
| 考试结果 | 笔试成绩（权重） | 专业加试成绩（权重） | 面试成绩（权重） | 综合成绩 |
|  | 　 |  |  |
| 名次 | 　 | 体检结论 | 合格　 |
| 录用单位意见 |  （盖章） 年 月 日 | 卫生健康局意见 |  （盖章）年 月 日 |
| 备注 | 　 |

注：此表一式六份，本人档案、单位、卫健局、编办、财政局、人社局各1份。

填表人： 联系电话： 呈报时间：