**厦门市卫生健康委员会所属事业单位公开招聘普通高等院校优秀毕业生报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  | 相片 |
| **政治面貌** |  | **国 籍** |  | **民 族** |  |
| **身份证号** |  | **户籍所在地** |  |
| **就读院校** |  | **预计毕业****时间** |  |
| **专业（方向）** |  | **学历学位** |  |
| **当前主要****研究成果** |  |
| **个****人****简****历****（从高中起）** |  |
| **报考单位** |  | **报考岗位** |  |
| **岗位代码** |  |
| **联系电话** |  | **电子邮件** |  |
| **报****考****人****签****名** | 本人确认符合报考岗位所需的资格条件，提供的材料真实、有效，如审核不符，承诺自动放弃考试和聘用资格。报考人签名：年 月 日  | **招聘单位****审核意见** | 审核人签名： 年 月 日  |

备注：1.报考人应对所填报资料的真实性负责，如弄虚作假，即取消考试资格或聘用资格；

2.通过网络方式报名的，请在报名截止日期前按简章要求发送报名材料至报考单位指定电子邮箱。