附件2

**2023年度三江县卫健局下属事业单位第一次自主公开招聘工作人员报名表**

报考单位： 报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 户口所在地 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业时间院校及专业 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 取得何种执业资格证 |  |
| 联系地址 |  | 固定电话 |  |
| 移动电话 |  |
| E-mail |  | 邮 编 |  |
| 个人简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。报考承诺人（签名）：  **年 月 日** |
| 备注 |  |

**注意：本表填写一式2份。报名时交1份给招聘单位，自存1份。**