附件2

**2024年江山市卫生健康系统公开招聘事业单位工作人员报名表**

**报考单位及岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | | 出生日期 |  | 婚姻状况 |  | | 贴二寸  免冠近照 | |
| 民族 |  | | | 政治面貌 |  | | 户籍  所在地 |  | 邮编 |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | 联系电话 |  | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | 手机号 |  | | | |
| 现工作单位 | |  | | | | | | | 是否事业单位  在编人员 | |  | | |
| 全日制毕业  院校、专业 | |  | | | | | | | 毕业  时间 |  | 全日制  学历 | |  |
| 硕士或  学士学位 | |  | | | | | | | 获硕士或  学士学位时间 | |  | | |
| 是否具有相关执业资质 | |  | 相关证书名称 | | |  | | | | | | | |
| 取得时间 | | |  | | | | | | | |
| 相关证书编号 | | |  | | | | | | | |
| 主要  学习、  实习、  工作  简历 | |  | | | | | | | | | | | |
| **本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担相应的责任。**    **声明人（签名）：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | |
| 审核  意见 | | 初审人员签名：  　 年 月 日 | | | | | | 复审人员签名：  　 年 月 日 | | | | | |