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 |