|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2

|  |
| --- |
| **高坪区2019年考核招聘卫生事业单位工作人员**报名信息表 |
| 姓 名 | 　 | 性别 | 　 | 政治面貌 | 　 |  |
| 出生年月 | 　 | 籍贯 | 　 | 民族 | 　 |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 学历学位 | 　 | 所学专业 | 　 |
| 报考单位 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 考生类别 | 〇农村订单定向医学生〇贫困地区定向贫困地区定向医学专科生 〇“三支一扶”人员 |
| 本人学习和工作经历 |   |
| 本人承诺 |  上述填写内容及报名附带材料真实完整。如有不实，责任自负。 申请人（签字）：  年 月 日 |
| 卫健局意 见 | 审核人： 年 月 日 |
|  人社局 意 见 |   审核人： 年 月 日 |
| 备注 | 　 |

 |  |  |  |  |  |

 **注：①此表在网上自行下载，内容由考生本人填写。**

 **②报名时交此表一份并粘贴2寸正面免冠彩色照片1张。**

 **③“报考单位”填“招聘单位”**