

附件 2

2024 年上半年启东市医疗卫生单位公开招聘事业编制工作人员报名表

姓名		性别		出生年月		
身份证号码				政治面貌		
首学历全日制教育	学历		学位		毕业时间	
	毕业院校				毕业专业	
现有最高学历学位	学历		毕业时间		教育形式	全日制
	学位					在职教育
	毕业院校				毕业专业	
报考岗位名称			岗位代码		籍贯	
现工作单位			是否为事业编制人员	()是; ()否		
现有专业技术资格			取得时间		进入事业编制时间	
家庭详细地址				联系方式	常用电话:	
					其它电话:	
个人简历 (从高中开始)						
奖惩情况						
本人声明并承诺以上内容均真实完整, 所提交的相关材料均真实有效。如有不实, 后果自负。						
本人确认签字:						
年 月 日						
初审意见	审核人:			复审意见	审核人:	
	年 月 日				年 月 日	
填表说明	1. 此表相关内容由本人按要求如实填写。发现弄虚作假的, 取消报名或聘任资格, 后果由考生负责。 2. 字迹清楚, 不得涂改。报名表上交后一律不予更改。					