附件2

三江县2022年度卫健系统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 |  | 取得何种职业资格证 |  |
| 联系地址 |  | 手机号码 |  |
| 固定电话 |  |
| E-mail |  | 邮 编 |  |
| 个人简历 |  |
| 我已经仔细阅读《**三江县2022年度卫健系统第一次自主公开招聘工作人员公告**》，清楚并理解其中内容。本人承诺：提供的本人个人信息真实、准确，慎重报考符合条件的职位，并对自己的报名负责。考生签名：　　　　　　  年 月 日 | 审核通过，同意报名。审核人签名： （公章） 年 月 日 |
| 备注 |  |

**注意：本表一式二份。招聘单位一份，考生自存一份。**