附件2：

**宝安区卫生健康局2024年8月第二批公开选聘事业单位专业技术岗位工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性别 |  | | | | 政治面貌 |  | | | 户籍所在地 | |  | | | | | 1寸免冠彩照1张 | |
| 曾用名 |  | | | 出生年月 |  | | | | 入党、团时间 |  | | | 籍贯 | |  | | | | |
| 婚姻状况 |  | | | 子女数 |  | | | | 联系电话 |  | | | 身份（干部、工人、学生、现役军人等） | | | |  | | |
| 民族 |  | 最高学历（注明是否全日制） | | |  | | | | 最高学位 |  | | | 所学专业 | |  | | | | | | |
| 毕业院校 |  | | | | | | | | | 专业技术资格 | |  | | | | | | | 参加工作时间 | |  |
| 现工作单位 |  | | | | | | | | 现任 职务 |  | | | | | | | | | | | |
| 是否符合职位其他要求（选择填写：是/否） | | | |  | 是否遵守计划生育规定（选择填写：是/否） | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 本人简历（自高中填起） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶信息 | 姓名 | |  | | | 最高学历 | |  | | | 最高学位 | | |  | | | | 职称 | | |  | |
| 出生日期 | |  | | | 户籍所在地 | |  | | | 身份（干部、工人、学生、现役军人等） | | | | | | |  | | | | |
| 现工作单位 | |  | | | | | | | | | | | 现任职务 | | | |  | | | | |
| 配偶简历（自高中填起） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报考信息 | 报考单位 | | | | | | 报考岗位名称 | | | | | | | | | 报考岗位编号 | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 资格审查 （加注“同意报名”意见并盖章） | 审查人签名： 审查单位盖章： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |