附件2

重庆市合川区卫生事业单位2025年公开遴选

工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 出生年月 |  | 相 | | |
| 民族 |  | 籍贯 | |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 参加工作时间 | |  | 健康状况 |  | 片 | | |
| 身份证号 |  | | | | | |  | | |
| 毕业院校及专业 | 全日制  教育 | |  | | 毕业院校及专业 |  | | | |
| 在职教育 | |  | | 毕业院校及专业 |  | | | |
| 现工作单位及职务（职称） |  | | | | 聘任时间 |  | | 人员  身份 | 🞎管理人员  🞎专业技术人员 |
| 报考岗位 |  | | | | 联系电话 |  | | | |
| 学习  工作  经历 | （从读大中专院校开始填写） | | | | | | | | |
| 近三年  年度考核结　果 |  | | | | | | | | |
| 所在单位意　见 | 单位负责人（签字）：　　　　　　　　　　　　　（盖章）  　　 年 月 日 | | | | | | | | |
| 主管部门意 见 | 单位负责人（签字）：　　　　　　　　　　　　　（盖章）  　　　 年 月 日 | | | | | | | | |

注：请用A4纸双面打印