附件2

邛崃市2025年县市新城卫生系统专项招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 1寸彩色照片 |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 户口所在地 |  | 婚姻状况 |  |
| 现就读学校及专业 |  |
| 入学时间 |  | 毕业时间(或预计毕业时间) |  |
| 现（拟）取得学历学位 |  | 个人邮箱 |  |
| 联系电话 |  | 报考单位及岗位名称 |  |
| 个人简历(从高中填起) | （请详细注明学习经历和所学专业） |
| 奖惩情况 |  |
| 取得的证书与特长 |  |
| 家庭主要成员及工作单位与职务 |  |
| 本人承诺 | 以上填写信息属实，如有弄虚作假，本人愿意承担一切后果。报考者签名: 2025年 月 日 |