|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 民族 |  |
| 政治面貌 |  | 专业技术职称及取得时间 |  |
| 参加工作时 间 |  | 现工作单位 |  |
| 毕业院校及专业 | 全日制教育 |  |
| 在职教育 |  |
| 户口所在地 | 省 市（州） 区（市）县 |
| 档案保管单位 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 岗位编码 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历 |  |
| 受奖惩情况 |  |
| 本人承诺 | 上述填写内容和提供的相关依据真实，符合报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。 报考者签名： 年 月 日 |
| 招聘单位意见：签字（盖章）：年 月 日 | 招聘单位主管部门意见：签字（盖章）：年 月 日 |

附件3

成都市新都区卫生健康局所属事业单位2025年下半年面向社会公开考核招聘19名急需紧缺人才报名表