|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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