附件2

桐乡市卫生健康局下属部分医疗卫生单位招聘2024年

编外合同人员报名表

**报考单位： 报考岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 | 照片　　 |
| 民族 | 　 | 籍贯 | 　 | 出生地 | 　 |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 | 　 | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 家庭住址 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 学历 | 初始学历学位 | 　 | 毕业学校、专业及时间 | 　 |
| 最高学历学位 | 　 | 毕业学校、专业及时间 | 　 |
| 专业技术资格及取得时间 |  |
| 学习工作简历 | 　 |
| 奖惩情况及特长 |  |
| 个人承诺 | 本人对上述所填内容的真实性负责，如有隐瞒，愿承担一切责任。签名：　　　　　　 　年 月 日 |
| 招聘单位审核意见 | 签名： 年 月 日 | 卫健局审核意见 | 签名： 年 月 日 |