附件2

成都市公共卫生临床医疗中心

2024年公开考核招聘人员报名表

流水号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本****情况** | 姓名 |  | 性别 |  | （贴照片处） |
| 民族 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **报名****情况** | 报考职位 |  |  |
| **教育****情况** | 最高学历 |  | 毕业时间 |  | 专业名称 |  |
| 毕业院校 |  | 研究方向 |  |
| 外语水平 |  | 计算机水平 |  | 发表论文 |  篇 |
| 本科学历 |  | 毕业时间 |  | 专业名称 |  |
| 毕业院校 |  |
| **工作****情况** | 工作单位名称 |  | 职称/职务 |  |
| 工作概况 |  | 工作时间 |  |
| 主要业绩 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 本人保证所提交信息的真实性、合法性。承担因填写不实而产生的一切后果。**本人确认签字： 年 月 日** |
| **审查意见** | 初审意见印章年　　月　　日 | 复审意见印章年　　月　　日 |