附件2：

南通市海门区卫生健康委员会公开招聘政府购买服务人员（二）报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | | 出生  年月 | |  | | 照片 | |
| 参加工作  时间 |  | 政治面貌 |  | | | 婚姻  状况 | |  | |
| 身份证号 |  | | 报考  岗位 | |  | | | 岗位  代码 |  |
| 家庭地址 |  | | | | | | | | |
| 毕业院校  系及专业 |  | | | | | 学历 | |  | | 学 位 |  |
| 联系电话 |  | | | | | 固定  电话 | |  | | | |
| 现工作单位及岗位 | |  | | | | | | | | | |
| 个人简历  （从大学起） |  | | | | | | | | | | |
| 家庭成员  主要情况 | 称 谓 | 姓 名 | | 出生年月 | | 工作单位及职务 | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | | |
| 声 明 | 本人保证上述所填信息真实无误，如因填写有误或不实而造成的后果，均由本人负责。  签 名：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 资格审核 | 初审人签字：  年 月 日 | | | | | | 复审人签字：  年 月 日 | | | | |