**厦门市卫生健康委员会所属事业单位公开招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  | 相片 |
| **身份证号** |  | **户籍所在地** |  |
| **政治面貌** |  | **学 历** |  | **学 位** |  |
| **毕业院校****及专业（方向）** |  | **毕业时间** |  |
| **现工作单位****及 职 务** |  | **人事档案****所 在 地** |  |
| **专业技术职务 任职资格** |  | **执业资格** |  |
| **移动电话** |  | **电子邮件** |  |
| **联系地址****(邮编)** |  |
| **个****人****简****历****（从高中起）** |  |
| **报考信息** | **报考单位名称** |  | **报考岗位名称** |  |
| **岗位代码** |  |
| **报****考****人****签****名** | 本人确认符合报考岗位所需的资格条件，提供的材料真实、有效，如审核不符或弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。报考人签名： 年 月 日 | **招聘****单位资格****初审意见** | 初审人签名： 年 月 日 | **主管部门资格****复核意见** | 复核人签名： 年 月 日 |