**附件2**

**2016年华蓥市医疗卫生计生事业单位公开考核招聘专业技术人员信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  |
| 学历 | 初始学历 |  | 毕业学校及专业 |  |
| 继教学历 |  | 毕业学校及专业 |  |
| 执业资格 |  | 执业类别 |  | 专业技术职称 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 现工作单位 |  | 职 务 |  |
| 报考志愿 | 报考单位 |  | 是否同意调剂 |  |
| 报考职位代码 |  |
| 工作简历 |  |
| 主要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 工作单位及职务 | 备 注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 资格审查意见 | 审查人签名： 2016年 月 日 |
| **本人承诺：**1.上述所填报名信息真实、准确。所提供的学历证书等相关证件均真实有效。2.若考取本次招聘的事业单位编制人员，服务期限为6周年，服务期内不得申请流（调）动到其他单位。如有弄虚作假、填涂错误或非因政策规定服务期限未满六年的，自愿接受有关部门的处理，由此所造成的一切后果均由本人承担。在本次考试中，本人一定遵纪守法、诚心应考、不作弊、不违纪。 本人签名： 年 月 日 |