**附件2:**

涪城区直接考核招聘医疗卫生事业单位人员报考信息表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 1寸彩色照片 |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 最高学历 |  | 职 称 |  | 婚姻状况 |  |
| 最高学位 |  | 职业资格 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 是否应届 | □是 □否 |
| 联系电话 |  | 个人邮箱 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位代码 |  |
| 户口所在地 | 省 市（地）州 区（市）县 |
| 个人简历(从大学填起) |  |
| 家庭成员 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 本人承诺 | 本人以上所填内容属实，不含虚假成分，谨此确认。报考者签名: 2018年 月 日 |
| 审核意见 | 审核人：（盖 章） 2018年 月 日 |