**附件2**

**南充市嘉陵区2020年下半年公开考调卫生健康系统事业单位工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓　　名** |  | **性别** |  | **民族** | |  | | **照片**  **（彩色免冠）** |
| **出生年月** |  | **政治面貌** |  | **籍贯** | |  | |
| **身份证号** |  | | | **健康**  **状况** | |  | |
| **学历（证书编号）** |  | **学位（证书编号）** |  | **毕业**  **时间** | |  | |
| **毕业院校** |  | | | **专业** | |  | | |
| **工作单位及职务** |  | | | | | **联系**  **电话** |  | |
| **报考单位及岗位** |  | | | | | | | |
|
| **学习和工作经历（从大学填起）** |  | | | | | | | |
| **考生诚信**  **承诺** | **我已仔细阅读公告，并郑重承诺：我所提供的相关证明材料和个人相关信息真实准确，如有不实，本人自愿承担相应责任。   考生签名：** | | | | | | | |
|
| **资格审查**  **意见** | **考调主管部门审查意见：**  **审查人： 2020年 月 日** | | | | **人社部门审查意见：**  **审查人： 2020年 月 日** | | | |
|
| **备注** |  | | | | | | | |