附件2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 一寸相片 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 参加工作时间 |  |
| 现工作单位及职务（职称） |  |
| 报考岗位 |  | 是否满最低服务年限或其他约定年限 |  |
| 学历学位 | 全日制教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 身份证号 |  | 手机号码 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 个人简历（从高中起填） |  |
| 奖惩情况 |  |
| **诚信声明：**本人确认以上所填信息真实、准确。如有不实导致被取消选聘资格，本人愿负全责。考生签名（手写）： 年 月 日  |
| 资格审查意见 | 经资格审查合格，同意报考。  盖 章 年 月 日 |

 2021年三明市卫生健康委员会直属事业单位

公开选聘工作人员报名登记表