|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2  **乐山市卫生健康委员会**  **2023年公开考核招聘直属事业单位工作人员报名信息表** | | | | | | | |
| 报考单位岗位： | | | | | 填表日期 年 月 日 | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 出生年月 |  | 照片 |
| 出 生 地 |  | 民 族 |  | | 政治面貌 |  |
| 最高学历 |  | 学 位 |  | | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | | | | 所学专业 |  |
| 证 件 号 |  | | | | 户口所在地（应届毕业生填入学前的） |  | |
| 现工作单位 |  | | | 参加工作时间 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历  （从高中填起） |  | | | | | | |
| 具有何种执业医师资格证、获得过何种专业证书，有何专长 |  | | | | | | |
| 家庭成员及工作单位、职务 |  | | | | | | |
| 所受奖惩情况 |  | | | | | | |
| 资格审核结果及意见 | 审查人：  年 月 日 | | | | | | |

本表一式两份，双面打印。