附件2

崇阳县2019年卫健系统人才引进报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 贴本人1寸彩色登记照 |
| 出生年月 |  | 婚姻状况 |  | 籍 贯 |  |
| 政治面貌 |  | 入党时间 |  | 学 历 |  |
| 身份证号 |  |
| 毕业院校及专业 | 本 科 |  | 专 业 |  |
| 研究生 |  | 专 业 |  |
| 家庭地址 |  | 联系方式 |  |
| 报考单位 |  | 岗位代码 |  |
| 学习和工作经历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭主要成 员 | 姓名 | 关系 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **本人承诺** | **我以上填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。** **签名： 年 月 日**  |

注：在职人员报考应征得所在单位同意。