附件2

黎平县2022年卫生健康系统公开遴选工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月（岁） | | | | 年 月  （ 岁） | | | 照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 出生地 | | | |  | | |
| 入 党  时 间 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 | | | |  | | |
| 熟悉专业有何专长 | |  | | | | | | 联系电话 | |  | |
| 学历  学位 | 全日制  教 育 |  | | 毕业院校系及专业 | | | |  | | | |
| 在 职  教 育 |  | | 毕业院校系及专业 | | | |  | | | |
| 何时取得何种何级别执业资格证书 | |  | | 是否符合报考岗位所要求的资格条件 | | | | |  | | |
| 现工作单位 | |  | | | | | 职务（职称） | | | |  |
| 报考职位 | |  | | | 职位代码 | | | |  | | |
| 简  历 |  | | | | | | | | | | |
| 单  位  意  见 | 负责人签字（公章）：  年 月 日 | | | | | 乡镇（街道）党（工）委意见 | 负责人签字（公章）：  年 月 日 | | | | |
| 县卫生健康局审查意见 | 审查人签字：（公章）  年 月 日 | | | | | 报名  资格  审查意见 | 审查人（签名）：  年 月 日 | | | | |