附件3

**2024年11月宝应县卫生健康系统事业单位公开招聘**

**专业技术人员报名信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 民族 |  | 出生  年月 |  | |  | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | |
| 政治  面貌 |  | 学历 | |  | | | 毕业  时间 |  | | |
| 学位 | |  | | |
| 毕业  院校 |  | | | | | 所学  专业 | |  | | |
| 现工作单位 |  | | | | | 报考单位代码 | |  | | | 岗位代码 |  |
| 执业  资格 |  | | 生源地 | |  | 职称 | |  | | | | |
| 家庭  地址 |  | | | | | | | | 手机 | |  | |
| QQ | |  | |
| 联系方式务必保持畅通，否则后果自负 | | | |
| 个  人  简  历 | Xxxx年xx月在xxxx学校学习xxx专业（高中开始填写） | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员（未婚写父母、已婚增加填写配偶、子女） | 姓名 | | 关系 | | | 所在单位 | | | | 职务 | | |
|  | |  | | |  | | | |  | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 资格审查 | 审查人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | |

填表人签字：

备注：请以岗位代码+职位代码+考生姓名命名报名表，如：101+01+张三+报名表。