附件2：

城口县2025年城区医疗卫生事业单位公开遴选工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | | 民族 | |  |  |
| 身份证号码 |  | | 婚姻  状况 |  | | | 政治  面貌 | |  |
| 学历 |  | 所学专业 |  | 毕业院校 | | |  | | |
| 现工作  单位 |  | | | 参加工  作时间 | | |  | | 基层工作  经历年限 |  |
| 现聘岗位等级 |  | | 遴选单位拟聘岗位等级 |  | | | 是否服从遴选单位岗位等级聘用 | | |  |
| 家庭住址 |  | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 报考单位 |  | | | | | 岗位名称 | | |  | |
| 工作经历 |  | | | | | | | | | |
| 近三年年度考核情况 |  | | | | | | | | | |
| 何时何地受  过何种奖惩 |  | | | | | | | | | |
| 现单位（**事业单位**）是否  同意报考 | 负责人签字（盖章）： | | | | 主管部门（**所在行业部门或政府**）意见 | | | 负责人签字（盖章）： | | |
| 承诺：本人填写的信息和提供的材料真实、准确，如有虚假，一经查实取消遴选资格。  本人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |