附件2

兴山县卫生健康局所属事业单位2024年下半年人才引进报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |  |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 入党时间 |  | 婚否 |  |
| 学历（毕业时间院校专业） |  |  |
|  |  |
| 报考单位及岗位 |  | 现工作单位(学校) |  |
| 联系电话 |  | 是否服从安排 |  |
| 身份证号 |  |
| 个人简历（从高中阶段填起） |  |
| 社会工作及担任学生干部、社团职务情况 |  |
| 受表彰奖励情况 |  |
| 家庭情况（父母夫妻儿女） | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人承诺 | 本人提供所有资料真实有效，否则自行承担相应后果。若被聘用,在本县工作最低服务年限为6年（含试用期）。承诺人: 年 月 日 |