附件

**长宁区卫生健康系统事业单位公开招聘报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号码 |  | （贴照片） |
| 性 别 |  | 出生年月 |  |  籍 贯 |  |
| 参加工作时间 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业院校 |  | 专业 |  |
| 政治面貌加入时间 |  | 任职资格取得时间 |  |
| 户口所在地 |  | 家庭住址电话 |  |
| 工 作 简 历 | 起迄时间（年月）、在何单位、任何职务 |
| 教 育 经 历 | 起迄时间（年月）、学校、专业 |
| 获区、市级以上表彰情况 |  |
| 备注 |  |
| 本人承诺 | 此次报名所提供的各项材料均真实有效。如有失实、虚假情况，本人愿意接受招聘单位的处理结果，并承担由此产生的各项后果。  承诺人签名： |

**应聘岗位：**

附：身份证、学历证书、学位证书、专业技术职务任职资格、执业资格等报考岗位要求的有关证件复印件。