**2022年谷城县急救中心选聘工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | 出生年月 |  | | 照片 | |
| 民 族 | |  | 籍 贯 | |  | 政治面貌 |  | |
| 入党时间 | |  | 参加工  作时间 | |  | 健康状况 |  | |
| 现工作单  位及职务 | |  | | | | | | |
| 身 份 证  号 码 | |  | | | | 联系电话 |  | | | |
| 学 历  学 位 | |  | | | | 毕业院校  及专业 |  | | | |
| 报考岗位名称 | |  | | 报考岗位代码 | |  | | 工作年限 | |  |
| 工作简历（含学习经历） |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 奖惩情况 |  | | | | |
| 考核 结 果  近二年年度 |  | | | | |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 年龄 | 政治面貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切责任。  报考人（签名）： 年 月 日 | | | | | |
| 所在单位意见 | ( 盖章)  年 月 日 | | | | |
| 县人力资源和社会保障局、县卫生健康局 审 核 意 见 | ( 盖章)  年 月 日 | | | | |