附件2：

安吉县卫生健康系统下属事业单位2020年公开招聘编外工作人员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  | 贴一寸近照 |
| 学 历 |  | 性 别 |  | 政治面貌 |  |
| 所学专业 |  | 参加工作时间 |  | 职 称 |  |
| 毕业院校 |  |
| 户籍所在地 |  | 联系电话 |  |
| 现工作单位 |  | 通讯地址 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 个人简历 | （注：个人简历包括教育经历和工作经历，教育经历从高中起） |
| 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。 申请人（签名）： 年 月 日 |
| 县卫生健康局审核意见 | 签名： 年 月 日 |