附件2：

**2025年新沂市卫健委公开招聘编外专业技术人员报名表**

报名序号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本情况** | 姓名 |  | 性别 |  | （贴照片处） |
| 民族 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **报名情况** | 报考单位及岗位名称（代码） |  |
| **教育及职称情况** | 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业专业 |  | 专业方向 |  |
| 毕业院校 |  |
| 获奖情况 |  |
| 现有资格（职称） |  | 资格（职称）专业 |  | 现有资格（职称）取得时间 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| **简历**（从高中阶段开始填写） | 起止时间 | 工作或学习单位 | 所任职务或所学专业 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **家庭主要成员和主要社会关系** | **称谓** | **姓名** | **工作单位** | **职务** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **本人承诺以上信息真实、准确、有效，如有虚假，责任自负。是否存在回避关系：****是🞎 否🞎****本人确认签字：** **年 月 日** |
| **审核意见** |  初审人： 年 月 日 |  复审人： 年 月 日 |

**说明：本表请双面打印（一式两份）**