附件2：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **吉林省职业病防治院面向社会公开招聘劳务派遣医疗卫生人员报名表** | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 出生  年月 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | | 政治  面貌 |  |
| 身份证  号码 |  | | 专业技术职务  或职(执)业资格 | |  | |
| 学 历  学 位 | 全日制  教 育 |  | 毕业院校  系及专业 |  | | 毕业时间 |  |
| 在 职  教 育 |  | 毕业院校  系及专业 |  | | 毕业时间 |  |
| 现工作单位及职务 |  | | | | 参加工作时间 | |  |
| 婚姻状态 |  | | 现住址 |  | | | |
| 本人手机  号码 |  | | 紧急联系人电话 |  | | 电子邮箱 |  |
| 报考岗位 |  | | | | | 是否存在不得报考情形 |  |
| 符合岗位要求的其它  条件情况说明 | |  | | | | | |
| 学习工作简历（从第一学历开始） |  | | | | | | |
| 主要家庭成员姓名单位职务 | 称谓 | 姓名 | 出生日期 | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，产生的一切后果由本人承担。 | | | | | 报名人（签名）： | |
| 资格审查  意见 | 审查人（签名）：  年 月 日 | | | | | | |
| **备注：**此表除审核意见由负责资格审查的工作人员填写外，其它项目均由报名人填写。填写时使用正楷或打字。采取电子邮件报名考生请将此表及相关证件证明材料原件照片存入一个文件夹，发送至指定邮箱。该文件夹及发送邮件的标题为“姓名+应聘岗位+手机号”模式。 | | | | | | | |