|  |
| --- |
| 附件2**乐山市卫生健康委员会****2020年公开考核招聘直属事业单位工作人员报名信息表** |
| 报名序号： | 报名时间： |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 |  照片 |
| 出生地 | 　 | 民族 | 　 | 政治面貌 | 　 |
| 最高学历 | 　 | 所学专业 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 毕业院校 | 　 | 学位 | 　 |
| 考生类型 | 　 | 学习类别 | 　 | 婚姻状况 | 　 |
| 身高 | 　 | 体重 | 　 | 健康状况 | 　 |
| 证件号 | 　 | 户口所在地（应届毕业生填入学前的） | 　 |
| 工作单位 | 　 | 参加工作时间 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 个人简历 |  |
| 获得过何种专业证书，有何专长 |  |
| 家庭主要成员及工作单位和职务 | 　 |
| 所受奖惩情况 | 　 |
| 资格审核结果及意见 | 　 |