附件2：

启东市120急救指挥中心公开遴选工作人员报名登记表

报考职位代码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | | 性 别 | | |  | | 出 生  年 月 | |  | 照  片 |
| 民 族 | |  | | | | | 籍 贯 | | |  | | 出生地 | |  |
| 入 党  时 间 | |  | | | | | 参加工  作时间 | | |  | | 执业  资格 | |  |
| 专业技术职称 | |  | | | | | 熟悉专业有何专长 | | |  | | | | |
| 身份证  号码 | |  | | | | | | | | | | 联系  电话 |  | | |
| 全日制教育  学历学位 | | |  | | | | | | 毕业院校 | | |  | | | |
| 毕业专业 | | |  | | | |
| 在职教育  学历学位 | | |  | | | | | | 毕业院校 | | |  | | | |
| 毕业专业 | | |  | | | |
| 现工作单位及职务 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 简  历 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 年度  考核  结果 | 2015年度 | | | | |  | | | 2016年度 | |  | | 2017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 | | | | |
|  | | |  | | |  |  | | |  | | | | |
|  | | |  | | |  |  | | |  | | | | |
|  | | |  | | |  |  | | |  | | | | |
|  | | |  | | |  |  | | |  | | | | |
| 家庭  住址 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人  签名 | **以上所填报名信息属实。**  签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位  意见 | 盖 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市卫计委审核意见 | 签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市人社局复审  意见 | 签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

注：此报名登记表用A4纸双面打印，不得涂改，“本人签名”需手写签名。