附件：

**盐城市卫生计生委直属参照公务员法管理事业单位**

**盐城市卫生监督所公开遴选工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生时间** |  | **照 片** |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  |
| **政 治****面 貌** |  | **参加工****作时间** |  | **健康状况** |  |
| **专业技****术职务** |  | **熟悉专业****有何专长** |  |
| **全日制教 育** | **学 历** |  | **毕业院校系、专业****以及时间** |  |
| **学 位** |  |
| **在职****教育** | **学 历** |  | **毕业院校系、专业以及时间** |  |
| **学 位** |  |
| **现 任 职 务****（写明单位、级别）** |  | **单位性质** |  |
|  **报 考 单 位 及 岗 位** |  |
| **简****历** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **奖惩****情况** |  |
| **考核 结果** |  |
| **家庭****主要****成员** | **称 谓** | **姓 名** | **出生****年月** | **政治面貌** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **本人****其他****信息** | **身份证 号码** |  | **家庭住址** |  |
| **单位电话** | **住宅电话** | **手机号码** |
|  |  |  |
| **通信地址** | **邮政编码** | **电子信箱** |
|  |  |  |
| **所 在单 位****意 见** |  **（盖章）**  **年 月 日** | **遴选单位资格审查意 见** |  **（盖章）**  **年 月 日**  |

注：此表由报名人如实填写，如不实产生的后果由本人负责。